LA AU

DANS LES LAURENTIDES

ÉTAT DE SITUATION AU 31 MARS 2002

DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES MÉDICALES ET HOSPITALIÈRES

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DES LAURENTIDES

la santé *mieux* pensée

105-06950/

Dépôt légal 1er trimestre 2002
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89547-040-5

© Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides - 2002

Dans ce texte, sauf dans le cas où le genre est mentionné de façon explicite, le masculin désigne les deux sexes, sans discrimination.

RÉDACTION DU DOCUMENT

Madame Lucie Nadeau
Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
Direction régionale des affaires médicales et hospitalières
Agente de planification

Madame Josée Carrier
Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
Direction régionale des affaires médicales et hospitalières
Conseillère à l'organisation des services en cancérologie

COLLABORATION À LA RÉDACTION

Monsieur Michel Godin
Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation
Dossier Tabac

Docteur Jean-Claude Dessau
Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation
Dossier Santé environnementale

Madame Guylaine Auger
Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation
Dossier Santé au travail

Madame Céline Piché
Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation
Dossier Dépistage du cancer du sein

Madame Guylaine Arbour
Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation
Dossier Dépistage du cancer du sein

Madame Nicole Lapointe
Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation
Dossier Dépistage du cancer du sein

Docteur Pierre Robillard
Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation
Dossier maladies infectieuses

SECRÉTARIAT

Madame Lyne Tanguay
Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
Direction régionale des affaires médicales et hospitalières

Madame Christine Pilote
Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
Direction régionale des affaires médicales et hospitalières

COLLABORATION SPÉCIALE

GROUPE DE LECTURE

Docteur Pierre Gfeller
Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
Directeur régional des affaires médicales et hospitalières
Chapitre 1 à 3

Madame Ginette Leblanc
Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
Directrice régionale de l'organisation de services et de la main-d'œuvre
Chapitre 1 à 3

Madame Claudette Provencher
Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
Direction régionale des affaires médicales et hospitalières
Document

Madame Céline Piché
Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
Coordonnatrice administrative Programme dépistage du cancer du sein
Chapitre 5 et 6

Madame France Ratelle
Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle
Directrice des soins infirmiers
Chapitre 8

Madame Isabelle Trépanier
Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides
Direction régionale des affaires médicales et hospitalières
Document

Validation des fiches d'établissements
Les personnes responsables identifiées à chaque établissement visité ont validé le contenu de la fiche de leur établissement.

REMERCIEMENTS

La Régie régionale des Laurentides tient à remercier toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration de cet état de situation régional, ainsi que tous les intervenants impliqués auprès des personnes atteintes de cancer, et ce, à l'une ou l'autre des étapes du continuum de services, soit la prévention-promotion, le dépistage, l'investigation, le traitement, l'adaptation-réadaption, le soutien et les soins de fin de vie.

Page

Introduction 1

Chapitre 1
Contexte 3

Chapitre 2
Démographie de la région des Laurentides 7
2.1 Particularités régionales 12
2.2 Évolution du taux de rétention 13
2.3 Carte géographique 15

Chapitre 3
Acteurs du réseau des Laurentides impliqués dans la lutte contre le cancer 17
3.1 Partenaires multisectoriels 19
3.2 Organisation de services intégrés 21

Chapitre 4
Statistiques - Portrait de santé de la population des Laurentides 23
4.1 Tableau de bord de la région des Laurentides 25
4.2 Portrait de santé de la population des Laurentides 32
4.3 Portrait de santé de la population des Laurentides par territoire de CLSC 89
4.3.1 Mortalité par tumeurs malignes 89
4.3.1.1 Territoire Arthur-Buies 90
4.3.1.2 Territoire d'Argenteuil 91
4.3.1.3 Territoire des Hautes-Laurentides 92
4.3.1.4 Territoire Jean-Olivier-Chénier 93
4.3.1.5 Territoire des Pays-d'en-Haut 94
4.3.1.6 Territoire Thérèse-de-Blainville 95
4.3.1.7 Territoire des Trois Vallées 96
4.3.2 Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon 97
4.3.2.1 Territoire Arthur-Buies 98
4.3.2.2 Territoire d'Argenteuil 99
4.3.2.3 Territoire des Hautes-Laurentides 100
4.3.2.4 Territoire Jean-Olivier-Chénier 101
4.3.2.5 Territoire des Pays-d'en-Haut 102

Page

4.3.2.6 Territoire Thérèse-de-Blainville 103
4.3.2.7 Territoire des Trois Vallées 104
4.3.3 Tumeurs malignes du sein 105
4.3.3.1 Territoire Arthur-Buies 106
4.3.3.2 Territoire d'Argenteuil 106
4.3.3.3 Territoire des Hautes-Laurentides 107
4.3.3.4 Territoire Jean-Olivier-Chénier 107
4.3.3.5 Territoire des Pays-d'en-Haut 108
4.3.3.6 Territoire Thérèse-de-Blainville 108
4.3.3.7 Territoire des Trois Vallées 109
4.3.4 Tumeurs malignes du colon et du rectum 110
4.3.4.1 Territoire Arthur-Buies 111
4.3.4.2 Territoire d'Argenteuil 112
4.3.4.3 Territoire des Hautes-Laurentides 113
4.3.4.4 Territoire Jean-Olivier-Chénier 114
4.3.4.5 Territoire des Pays-d'en-Haut 115
4.3.4.6 Territoire Thérèse-de-Blainville 116
4.3.4.7 Territoire des Trois Vallées 117
4.3.5 Tumeurs malignes de la prostate 118
4.3.5.1 Territoire Arthur-Buies 118
4.3.5.2 Territoire d'Argenteuil 119
4.3.5.3 Territoire des Hautes-Laurentides 119
4.3.5.4 Territoire Jean-Olivier-Chénier 120
4.3.5.5 Territoire des Pays-d'en-Haut 120
4.3.5.6 Territoire Thérèse-de-Blainville 121
4.3.5.7 Territoire des Trois Vallées 121

Chapitre 5

Promotion - Prévention 123

5.1 Lutte au tabagisme 125
5.1.1 Volet prévention : Valoriser le non-usage du tabac chez les jeunes 125
5.1.2 Volet cessation : Aider les fumeurs à cesser de fumer 126
5.1.3 Volet protection : Protéger la population non fumeuse de la fumée secondaire du tabac 126
5.1.4 Activités reliées aux trois volets 127
5.2 Santé environnementale 128
5.2.1 Les trihalométhanes (THM) dans l'eau potable 128
5.2.2 Les champs électromagnétiques (CEM) 129
5.2.3 Le radon à Oka 129
5.2.4 Les rayons ultraviolets (UV) 130
5.2.5 L'amiante 130
5.2.6 Les pesticides 131
5.2.7 Autres activités 131
5.3 Santé en milieu de travail – prévention des cancers professionnels 132
5.3.1 Programmes provinciaux 132
5.4 Alimentation 133

Page

Chapitre 6

Dépistage 135

6.1 Programme systématique de dépistage du cancer du sein 137

6.1.1 Implantation du Programme Québécois de dépistage systémique du cancer du sein PQDCS dans la région des Laurentides 137

6.1.2 Activités du centre de coordination des services régionaux (CCSR) 139

6.1.3 Résultats préliminaires 142

6.2 Détection précoce des cancers colorectal et de la prostate 144

6.3 Dépistage du cancer du col utérin 144

Chapitre 7

Investigation, traitement, adaptation-réadaptation et soins palliatifs 145

7.1 Méthodologie de la cueillette d'information 147

7.2 Objectifs visés 148

7.3 Fiches des centres hospitaliers 149

7.3.1 Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle Centre L'Annonciation 149

7.3.2 Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle Centre Mont-Laurier 154

7.3.3 Centre hospitalier Laurentien 160

7.3.4 Centre hospitalier St-Eustache 165

7.3.5 CLSC-Hôpital d'Argenteuil 170

7.3.6 Hôtel-Dieu de St-Jérôme 178

7.4 Fiches des centres locaux de services communautaires CLSC 183

7.4.1 CLSC Arthur-Buies 183

7.4.2 CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut 188

7.4.3 CLSC-CHSLD des Trois Vallées 192

7.4.4 CLSC des Hautes-Laurentides 195

7.4.5 CLSC Jean-Olivier-Chénier 199

7.4.6 CLSC Thérèse-de-Blainville 202

Page

Chapitre 8

Constats régionaux 207

8.1 Constats en lien avec les activités d'investigations et de diagnostiques 209
8.2 Constats en lien avec les activités de traitements à visée curative et palliative – Chirurgie 210
8.3 Constats en lien avec les activités de traitements à visée curative et palliative - Radiothérapie 211
8.4 Constats en lien avec les activités de traitements à visée curative et palliative – Chimiothérapie 212
8.5 Constats en lien avec les activités d'adaptation et de réadaptation 215
8.6 Constats en lien avec les activités de soutien psychologique 216
8.7 Constats en lien avec les activités de mécanismes de liaison (CH – CLSC – Cabinets privés) 218
8.8 Constats en lien avec les activités de soins palliatifs 219

Prochaine étape 223

Bibliographie 227

Annexes

Annexe 1 Une infirmière pivot en oncologie, un soutien pour la personne atteinte de cancer, ses proches et l'équipe interdisciplinaire
Annexe 2 Guide de soins pharmacologiques en oncologie
Annexe 3 La Maison Raymond Blais, résidence spécialisée en soins palliatifs, bassin sud des Laurentides
Annexe 4 Projet de maison spécialisée en soins palliatifs, Pallia-Vie

Liste des tableaux

Tableau 1 Évolution démographique de la population, Région Laurentides et la province de Québec, 1996, 2001 et 2006

Tableau 2 Évolution démographique de la population des 65 ans et +, Région Laurentides et la province de Québec, 1996, 2001, 2006

Tableau 3 Évolution du taux de rétention de la population, Laurentides, 1993-1994 à 1999-2000

Tableau 4 Comparaison des objectifs de rétention projetés pour l'an 2001 par rapport à ceux réellement atteints, par territoire de CLSC

Tableau 5 Le per capita des CLSC de la province, 1999-2000

Tableau 6 Tableau de bord – Lutte contre le cancer, Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2002

Tableau 7 Nombre et proportion de décès par cancer survenus à l'hôpital selon la région de résidence, 1994 à 1998, Le Québec

Tableau 8 Nouveaux cas de cancer (CIM-9 140 à 208 excluant 173) selon la région, Le Québec, 1993 à 1998

Tableau 9 Nouveaux cas de cancer selon le siège, sexes réunis 1994 à 1998, région Laurentides

Tableau 10 Nouveaux cas de cancer selon le siège, sexes réunis 1994 à 1998, Province de Québec

Tableau 11 Population - Ensemble des tumeurs (CIM-9 140 à 239), Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 12 Population - Digestif haut (CIM-9 150-152,155-157), Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 13 Population - Urologique (CIM-9 185-189), Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 14 Population - Poumon (CIM-9 162), Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 15 Population - Sein chez la femme (CIM-9 174), Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 16 Population - Côlon-rectum (CIM-9 153-154), Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 17 Population - Sphère ORL (CIM-9 140-149,160-161), Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 18 Population - Musculo-squelettique (CIM-9 170-171), Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 19 Population - Peau (CIM-9 172-173), Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 20 Population - Gynécologique (CIM-9 179-184), Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 21 Population - Oeil (CIM-9 190), Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 22 Population - Système nerveux central (CIM-9 191-192), Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 23 Population - Endocrinien (CIM-9 193-194), Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 24 Population - Hématologique (CIM-9 200-208), Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 25 Ressources - Ensemble des tumeurs, Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 26 Ressources - Digestif haut (CIM-9 150-152,155-157), Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 27 Ressources - Urologique (CIM-9 185-189), Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 28 Ressources - Poumon (CIM-9 162), Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 29 Ressources - Sein chez la femme (CIM-9 174), Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 30 Ressources - Côlon - rectum (CIM-9 153-154), Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 31 Ressources - Sphère ORL (CIM-9 140-149,160-161), Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 32 Ressources - Musculo-squelettique (CIM-9 170-171), Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 33 Ressources - Peau (CIM-9 172-173), Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 34 Ressources - Gynécologique (CIM-9 179-184), Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 35 Ressources - Oeil (CIM-9 190), Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 36 Ressources - Système nerveux central (CIM-9 191-192), Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 37 Ressources - Endocrinien (CIM-9 193-194), Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 38 Ressources - Hématologique (CIM-9 200-208), Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

Tableau 39 Hospitalisations et chirurgies d'un jour pour le cancer urologique (CIM-9 185 à 189) dans les CHSGS, région des Laurentides, 1999-2000

Tableau 40 Hospitalisations et chirurgies d'un jour pour le cancer pulmonaire (CIM-9 162, 163 à 165) dans les CHSGS, région des Laurentides, 1999-2000

Tableau 41 Hospitalisations et chirurgies d'un jour pour le cancer du sein (CIM-9 174) dans les CHSGS, région des Laurentides, 1999-2000

Tableau 42 Individus de tous âges et enfants (0 à 17 ans) ayant été hospitalisés ou ayant eu une chirurgie d'un jour pour cancer (CIM-9 140 à 208) dans les CHSGS, région des Laurentides, 1999-2000

Tableau 43 Nombre - Patients différents traités en radio-oncologie selon les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec, Centre de radio-oncologie

Tableau 44 Proportion des cas - Patients différents traités en radio-oncologie selon les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec, Centre de radio-oncologie

Tabieau 45 Répartition du lieu de consommation des services - Patients différents traités en radio-oncologie selon les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec, Centre de radio-oncologie

Tableau 46 Patients traités en radiothérapie transcutanée selon la région de résidence, Le Québec, 1992 à 2000

Tableau 47 Proportion des cas traités en radiothérapie selon la région de résidence, Le Québec, 1992 à 1998

Tableau 48 Patients traités en curiethérapie selon la région de résidence, Le Québec, 1993-1998

Tableau 49 Proportion des cas traités en curiethérapie selon la région de résidence, Le Québec, 1993-1998

Tableau 50 Durée de séjour des cas de cancer (CIM-9 140 à 208) décédés à l'hôpital, selon l'hôpital et la région de l'hospitalisation, Le Québec, 1999-2000, Laurentides

Tableau 51 Durée de séjour des cas de cancer (CIM-9 140 à 208) décédés à l'hôpital, selon l'hôpital et la région de l'hospitalisation, Le Québec, 1999-2000, Ensemble du Québec

Tableau 52 Taux ajusté d'incidence du cancer (CIM-9 140 à 208 excluant 173) selon le siège et la région, Le Québec, 1994-1998, Sexes réunis

Tableau 53 Taux ajusté d'incidence du cancer (CIM-9 140 à 208 excluant 173) selon le siège et la région, Le Québec, 1994-1998, Femmes

Tableau 54 Taux ajusté d'incidence du cancer (CIM-9 140 à 208 excluant 173) selon le siège et la région, Le Québec, 1994-1998, Hommes

Tableau 55 Taux ajusté de mortalité par tumeurs (CIM-9 140 à 239) selon le siège et la région, Le Québec, 1994-1982, Sexes réunis

Tableau 56 Taux ajusté de mortalité par tumeurs (CIM-9 140 à 239) selon le siège et la région, Le Québec, 1994-1982, Femmes

Tableau 57 Taux ajusté de mortalité par tumeurs (CIM-9 140 à 239) selon le siège et la région, Le Québec, 1994-1982, Hommes

Tableau 58 Extrait 1991-1998 - Incidence du cancer chez les enfants de 0 à 14 ans et de 15 à 19 ans, selon le siège du cancer, Le Québec, 1984 à 1998 (nombres et taux bruts)

Tableau 59 Extrait 1991-1998 - Mortalité par cancer chez les enfants de 0 à 14 ans et de 15 à 19 ans, selon le siège du cancer, Le Québec, 1984 à 1998 (nombres et taux bruts)

Source : Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec, mars 2002

Acronymes

AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CH	Centre hospitalier
CDD	Centre de dépistage désigné
CHCR-AL L'Annonciation	Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle Centre L'Annonciation
CHCR-AL Mont Laurier	Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle Centre Mont-Laurier
CHL	Centre hospitalier Laurentien
CHSE	Centre hospitalier St-Eustache
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CIM-9	Classification Internationale des Maladies 9e révision
CLSC	Centre local des services communautaires
CLSC-HA	CLSC-Hôpital d'Argenteuil
CSL	Cité de la santé de Laval
CSST	Commission santé et sécurité au travail
DRSPPE	Direction régionale de santé publique, de la planification et de l'évaluation
HDSJ	Hôtel-Dieu de St-Jérôme
HMR	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
HSC	Hôpital Sacré-Cœur
ND-CHUM	Hôpital Notre-Dame du Centre hospitalier de l'Université de Montréal
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SAD	Soins à domicile
SISAD	Soins intensifs de soins à domicile
SL-CHUM	Hôpital St-Luc du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Introduction

La cancérologie

La *cancérologie* est la science qui étudie les tumeurs malignes. Cette science prend de plus en plus d'importance. Les divers types de cancer ne se comptent plus. La gravité des tumeurs et leur dispersion suscitent d'innombrables recherches afin de contrer cette maladie.

Un tissu cancéreux *est formé de divisions cellulaires anormales qui lui confèrent une structure anarchique où aucune régularité de disposition ni de rapport n'existe plus. Ce tissu cancéreux pénètre par de multiples effractions dans les tissus voisins qu'il envahit. Enfin, certaines cellules se détachent de la masse tumorale, passent dans les vaisseaux sanguins ou lymphatiques, vont se greffer à distance, formant d'autres tumeurs appelées métastases et dont la structure anarchique reproduit celle de la tumeur primitive*[1].

Les éléments cancérogènes, c'est-à-dire les éléments qui *peuvent provoquer* le développement de cellules cancéreuses, ne sont pas tous bien identifiés et on ne peut expliquer pourquoi un élément provoque ce développement anarchique. Il en résulte que des milliers de personnes sont atteintes d'une forme ou d'une autre de cette maladie au Québec.

Le Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec a préparé des statistiques en lien avec les maladies par tumeurs au niveau provincial et régional. Il est mentionné que le Québec a enregistré une moyenne de 30 700 nouveaux cas de cancer selon le siège, sexes réunis, entre 1994 et 1998[2].

Dans les Laurentides, ce nombre équivaut à 1 781 nouveaux cas[3]. Le taux ajusté de mortalité par tumeur est de 236 décès par 100 000 de population dans la région des Laurentides, 220 décès par 100 000 de population pour le Québec (1994–1998[4]). Cela représente plus de 18 années potentielles de vies perdues par 1 000 habitants pour l'ensemble des tumeurs (CIM-9 140 à 208) dans la province[5]. En 1999-2000, on a enregistré pour la région des Laurentides, 2 806 hospitalisations par des personnes atteintes de cancer, soit 58 344 hospitalisations au Québec[6].

Une gamme de services s'est développée autour des maladies par tumeurs malignes exigeant des ressources financières sans cesse croissantes. On y observe une croissance exponentielle de demandes de services. La société en est presque à prendre d'importantes décisions quant aux développements technologiques et pharmaceutiques en lien avec les coûts d'accessibilité.

Actuellement, l'impact de la maladie par tumeurs malignes dans la société amène les décideurs à prendre les moyens nécessaires afin d'assurer une intégration des différents services incluant la prévention-promotion, le dépistage, l'investigation, le traitement, l'adaptation, la réadaptation et les soins de fin de vie

---

1 Petit Larousse illustré 1982, Librairie Larousse, Paris VIe

2 Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2002, Nouveaux cas de cancer selon le siège, sexes réunis, 1994 à 1998, Province de Québec, 28 janvier 2002, (Tableau 10)

3 Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2002, Nouveaux cas de cancer selon le siège, sexes réunis, 1994 à 1998, Région Laurentides, 28 janvier 2002, (Tableau 9)

4 Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2002, Taux ajusté de mortalité par tumeurs (CIM-9 140 à 239), selon le siège et la région, Québec, 1994-1998, (Tableau 55)

5 Québec (province). Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale de la santé publique. Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998. Québec, Le Ministère..., mars 2001. 252 pages (Analyse et surveillance 14)

6 Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux mars 2002, Ressource, Ensemble des tumeurs, Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Le Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000, 28 janvier 2002, (Tableau 25)

afin qu'ils puissent répondre aux besoins des personnes atteintes et des aidants naturels impuissants face à la situation. Ce dossier fait partie des priorités ministérielles.

Dans le présent document, l'état de situation décrit l'ampleur de cette pathologie dans la région des Laurentides. Il comprend huit chapitres.

Le chapitre 1 définit le contexte de la démarche. Le chapitre 2 fait état de la démographie de la région.

Les acteurs du réseau impliqués dans la lutte au cancer sont présentés au chapitre 3.

Le chapitre 4 donne l'aperçu de l'ampleur de la maladie et de l'importance de la consommation des services régionaux et extrarégionaux des personnes atteintes de cancer. Une vision globale et une vision par territoire de CLSC reflètent un portrait impressionnant de la situation de la région laurentidienne.

À partir du chapitre 5, une description qualitative fait état des services offerts dans la région auprès des personnes atteintes de cancer et à ses proches selon les différents volets du continuum de services décrits dans le *Programme québécois de lutte contre le cancer, pour lutter efficacement contre le cancer : formons équipe!* produit par le Ministère de la santé et des services sociaux en 1998, en commençant par les activités de promotion et de prévention. Dans ce chapitre, sont décrits les programmes de promotion et de prévention de la région des Laurentides.

Le chapitre 6 poursuit en rapportant les activités du programme systématique de dépistage du cancer du sein.

Le chapitre 7 présente la méthodologie de la cueillette d'informations en lien avec les services actuellement offerts dans les établissements locaux et les objectifs visés. Le portrait de ces services est présenté sous forme de fiche pour chacun des établissements visités lors de la tournée régionale organisée l'hiver dernier.

Des constats régionaux découlent de cette tournée et ils sont présentés au chapitre 8.

Pour terminer, la prochaine étape consiste à présenter une planification stratégique régionale de services intégrés en matière de lutte contre le cancer et une proposition de mesures prioritaires. L'objectif final est d'élaborer un programme régional d'organisation de services intégrés de lutte contre le cancer dans les Laurentides en tenant compte de la planification stratégique nationale 2003-2006 du Ministère.

Afin de démontrer le dynamisme et la motivation des intervenants de la santé de poursuivre leur œuvre auprès de la clientèle atteinte de cancer et du support aux proches, des projets recueillis lors de la tournée ou reçus à la Régie régionale des Laurentides sont joints en annexe au présent état de situation.

CHAPITRE 1

Contexte national

En 1992, le ministre de la Santé et des Services sociaux a mandaté un comité consultatif afin d'élaborer un programme de lutte au cancer au Québec. Officialisé en 1998, ce comité porte le nom de Conseil québécois de lutte contre le cancer. Il s'agit d'un organisme consultatif dont le mandat est de donner au Ministère des avis sur toute question relative à la lutte contre le cancer. En 1998, la province de Québec se dote du *Programme québécois de lutte contre le cancer, pour lutter efficacement : formons équipe*.

Toutes les régions du Québec s'inspirent de ce programme pour arrimer leur mode de distribution des services de lutte contre le cancer sur leur territoire. À l'automne 1999, un groupe de soutien à l'implantation a été formé et porte le nom de *Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec* depuis novembre 2001. Il est sous la responsabilité de la Direction des affaires médicales et universitaires au Ministère. Son mandat consiste essentiellement à soutenir les régies régionales dans l'implantation du *Programme québécois de lutte contre le cancer*.

Pour déployer ce programme, le Ministère a prévu des travaux en différentes étapes afin que le Québec se positionne équitablement sur un continuum de services.

Contexte régional

Le présent document décrit l'état de situation des services qui sont actuellement accessibles dans la région des Laurentides. C'est la première étape des travaux qui mèneront vers l'élaboration du programme régional d'organisation de services intégrés de lutte contre le cancer dans les Laurentides.

Chapitre 2

Démographie de la région des Laurentides

Le territoire des Laurentides

Située immédiatement au nord de Laval, en périphérie de Montréal, la région des Laurentides s'étend, sur une superficie de 21 576 km² jusqu'aux portes du parc de La Vérendrye, en Abitibi. Sa frontière sud-ouest longe, sur quelques kilomètres, la province d'Ontario, puis la région de l'Outaouais. À l'est, elle voisine la région de Lanaudière. Cette situation géographique lui confère des caractéristiques contrastées qui influent sur les conditions de vie et les besoins de sa population.

Le territoire des Laurentides compte, 86 municipalités regroupées en huit municipalités régionales de comté (MRC) et sept territoires de CLSC. La région comporte cinq commissions scolaires, deux cégeps et deux districts judiciaires.

Trois grandes zones se distinguent lorsque l'on tente de décrire le territoire des Laurentides: le sud, suburbain et industriel, qui s'inscrit dans la dynamique de la grande région de Montréal, le centre, diversifié, où activités industrielles, agricoles et récréotouristiques se côtoient; et le nord, essentiellement rural, exploitant un potentiel récréotouristique et forestier.

Le sud suburbain

Le sud de la région correspond aux MRC de Thérèse-de-Blainville et de Deux-Montagnes. S'y rattache aussi le sud de la MRC de Mirabel. Il connaît, autour des villes de Sainte-Thérèse et de Saint-Eustache, une croissance importante depuis plusieurs années. Avec Laval et le sud de Lanaudière, il s'intègre à la banlieue montréalaise. Il en possède les caractéristiques suburbaines avec ses quartiers résidentiels traversés d'autoroutes.

Situées au sud et au centre de la région, les usines, comme celles de General Motors à Boisbriand, Bell Helicopter et Bombardier Aéronautique, qui vient tout juste de s'implanter à Mirabel, Paccar à Sainte-Thérèse et Bauer Inc. à Saint-Jérôme et des centaines d'autres entreprises manufacturières, constituent les principaux moteurs économiques des Laurentides. Ce dynamisme entraîne une forte poussée démographique qui change d'année en année le profil de la région.

Le centre diversifié

Le centre de la région regroupe le nord de la MRC de Mirabel et les MRC de la Rivière-du-Nord, d'Argenteuil, des Pays-d'en-Haut et des Laurentides. Saint-Jérôme en est la ville principale. Elle constitue, avec son agglomération, le plus ancien centre urbain des Laurentides. À l'instar du sud de la région, Saint-Jérôme, comme Mirabel, regroupe de nombreux établissements industriels. De plus, elle continue de se développer, notamment, comme importante ville de services. La Régie régionale de la santé et des services sociaux, le palais de justice du district de Terrebonne, et plusieurs directions régionales de l'administration publique québécoise y sont installés.

Tout autour de Saint-Jérôme s'étend une zone rurale où l'agriculture est pratiquée activement, notamment dans la MRC d'Argenteuil. Toutefois, c'est le tourisme qui caractérise de plus en plus la vie économique de ce secteur. La beauté des paysages, les lacs, les rivières, les montagnes et les forêts attirent des milliers de touristes et d'amateurs de plein air, notamment à Saint-Sauveur et à Mont-Tremblant où d'importants complexes récréotouristiques se sont développés ces dernières années. La population des Laurentides s'accroît donc de milliers de villégiateurs durant l'été et l'hiver.

Le nord rural

Le nord de la région des Laurentides, correspondant au vaste territoire de la MRC d'Antoine-Labelle, est presque entièrement couvert de forêt et est beaucoup moins densément peuplé. C'est un secteur où l'activité touristique demeure importante et continue de se développer. L'industrie forestière emploie aussi une bonne part de la population locale. Mont-Laurier en est le principal centre urbain.[7]

Les caractéristiques démographiques de la population des Laurentides

Tout comme les autres régions qui forment la ceinture de Montréal, la région des Laurentides connaît une croissance démographique importante. On estime à plus de 502 787 personnes la population de celle-ci en l'an 2006. La plus forte proportion de cette augmentation, autant en pourcentage qu'en nombre absolu, se situera dans la partie sud du territoire. La croissance démographique dans les Laurentides de 1996 à 2001 a représenté 7,7 % d'augmentation alors que celle de la province de Québec a atteint 1,7 % pour la même période (tableau 1).

[7] Rapport annuel 2000-2001, Nous prenons les choses en main, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 3e trimestre 2000, p. 1 à 2

Tableau 1

Évolution démographique de la population
Région Laurentides et la province de Québec
1996, 2001 et 2006

	1996	2001	2006	Évolution en % 1996 à 2001	Évolution en % 2001 à 2006
Laurentides	440 928	474 890	502 787	7,7	5,87
Le Québec	7 273 993	7 399 931	7 535 013	1,7	1,83

Source : La population du Québec par territoire de CLSC pour la période de 1981 à 2021. Ministère de la Santé et des Services sociaux

Tableau 2

Évolution démographique de la population des 65 ans et +
Région Laurentides et la province de Québec
1996, 2001 et 2006

	1996	2001	2006	Évolution en % 1996 à 2001	Évolution en % 2001 à 2006
Laurentides	43 451	51 678	60 378	19	17
Le Québec	870 121	960 330	1 057 367	10	10

Source : La population du Québec par territoire de CLSC pour la période de 1981 à 2021. Ministère de la Santé et des Services sociaux

2.1 Particularités régionales

Parlons spécifiquement de quelques phénomènes qui caractérisent la région laurentidienne :

Le phénomène de migration de la population de Montréal vers le sud des Laurentides s'accentue au fil des années. Il est relié à l'accroissement du taux de natalité découlant de la venue des jeunes familles. Les bassins sud et Rivière du Nord ont connu un essor considérable au cours des cinq dernières années.

Les personnes âgées de plus de 75 ans se retrouvent en grande majorité dans les bassins d'Argenteuil, des Pays-d'en-Haut et des Trois Vallées. L'amélioration des conditions de vie dans les pays occidentaux, associée aux progrès de la médecine, fait en sorte que l'on devra davantage tenir compte de la strate des personnes âgées de plus de 75 ans afin de mieux en apprécier les conséquences sur la demande de services de santé.

Le phénomène migratoire saisonnier et frontalier se caractérise, entre autres, par une augmentation importante de l'activité touristique. Le tourisme représente le double, voire le triple, de la population résidante et ce, surtout de juin à septembre et de décembre à mars.

Le découpage administratif des régions ne correspond pas toujours parfaitement aux habitudes de consommation de certaines clientèles, surtout celles en provenance de Lanaudière et de Laval-Ouest. La région des Laurentides, dans sa partie ouest, jouxte l'Ontario. Cette particularité du territoire d'Argenteuil permet d'étudier spécifiquement la consommation de services hors Québec par des résidants des Laurentides. Des travaux sont en cours afin de planifier une stratégie de rapatriement de cette clientèle.

L'accroissement de la population par territoire de CLSC est présenté de façon plus exhaustive au chapitre des CLSC. Des tableaux spécifiques suivent l'évolution de l'augmentation de la population jusqu'en 2011 par territoire de CLSC donc, par bassin de desserte de chaque centre hospitalier.

2.2 Évolution du taux de rétention

Plusieurs motifs incitent la clientèle à consommer des services hors-région:

- Requérir des services ultra-spécialisés;
- Méconnaître les services offerts localement;
- Opter, par choix personnel, pour l'anonymat ou l'opportunité de transport;
- Percevoir les ressources locales comme étant insuffisantes et le délai d'accès aux services comme étant trop long.

Un phénomène important intervient également dans le taux de rétention de la population, soit la référence du médecin traitant au centre hospitalier producteur de services qu'il choisi. Ce dernier oriente sa clientèle selon ses propres connaissances du réseau, son lieu de pratique ou son réseau personnel d'affinités professionnelles.

Tableau 3

Évolution du taux de rétention de la population, Laurentides, 1993-1994 à 1999-2000 (%)

1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
59,8	60,8	63,7	65	70,2	71,4	73,9

Source : Tableau de bord, Info-Centre région des Laurentides. Med-Echo 2000

Tableau 4

Comparaison des objectifs de rétention projetés pour l'an 2001 par rapport à ceux réellement atteints, par territoire de CLSC[8]

CLSC de provenance de la clientèle	Taux réel 1994-1995	Objectifs visés pour 2001	Taux réel atteint en 2000
Jean-Olivier-Chénier	58,0 %	65,0 %	74,9 %
Thérèse-de-Blainville	36,2 %	40,0 %	56,0 %
Hautes-Laurentides	75,0 %	78,0 %	77,8 %
Arthur-Buies	76,0 %	78,0 %	84,8 %
Pays-d'en-Haut	59,1 %	65,0 %	74,8 %
Trois Vallées	70,3 %	78,0 %	80,8 %
Argenteuil	67,2 %	78,0 %	77,7 %
Taux régional	60,8 %	65,0 %	73,9 %

Source : Tableau de bord, Info-Centre région des Laurentides. Med-Echo 1996-2000

8 Modèle d'organisation des services en santé physique; Plan de transformation du réseau de santé des Laurentides. 1995-1996

Un tableau de référence produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux concernant la budgétisation per capita des services de maintien à domicile, positionne la région des Laurentides à la quatorzième place sur quinze au niveau provincial. Les Laurentides sont même sous-financées par rapport à la moyenne nationale.

Tableau 5

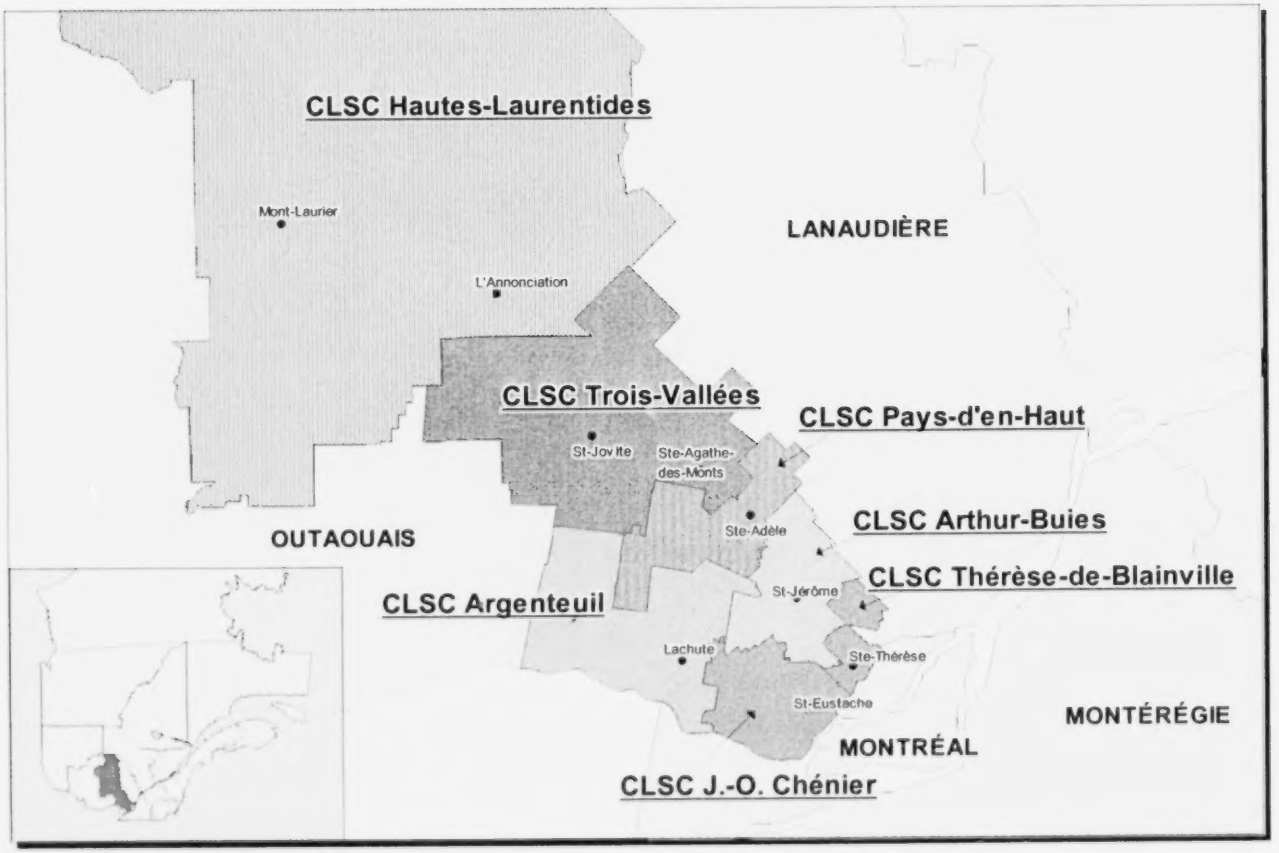
Le per capita des CLSC de la province 1999-2000

RÉGIONS	Maintien à domicile $ per capita (annuel)
01 : Bas-Saint-Laurent	103,30
02 : Saguenay-Lac-St-Jean	71,10
03 : Québec	71,50
04 : Mauricie et le Centre-du-Québec	70,50
05 : Estrie	73,47
06 : Montréal-Centre	79,40
07 : Outaouais	78,00
08 : Abitibi-Témiscamingue	82,40
09 : Côte-Nord	68,20
10 : Nord-du-Québec	n/a
11 : Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	109,40
12 : Chaudière-Appalaches	63,70
13 : Laval	52,20
14 : Lanaudière	43,00
15 : Laurentides	45,00
16 : Montérégie	52,60
LE QUÉBEC	67,39

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Info-stats : Direction de la gestion de l'information. Service du développement de l'information. Juillet 2000. DGPSE : Direction de la planification stratégique, Soutien à domicile

2.3 CARTE G OGRAPHIQUE

Territoires des CLSC et principales municipalités de la région des Laurentides



Cartographie Santé publique des Laurentides 1998

Chapitre 3

Acteurs du réseau des Laurentides impliqués dans la lutte contre le cancer

3.1 Partenaires multisectoriels

La Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides fait régulièrement appel à ses partenaires des autres secteurs de la communauté, en particulier ceux du milieu de l'éducation, de la justice et des secteurs de niveau municipal et socioéconomique. Le partage des préoccupations de chacun contribue à créer des conditions favorables à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Chacun apporte un champ d'expertises qui lui est particulier et qui favorise l'atteinte des objectifs du réseau de santé des Laurentides.

Plus de vingt-six établissements de santé et de services sociaux, dont vingt publics et six privés sont accessibles dans la région.[9]

Au niveau de la première ligne, sept centres locaux de services communautaires, dont deux CLSC-CHSLD et un CLSC-Hôpital; offrent des services courants et des services de soutien à domicile à la population de leur territoire. Il peut s'agir de services de nature préventive ou curative, de services de réadaptation ou de réinsertion sociale. Ils sont ouverts 5 jours par semaine entre 8h30 et 20h30. La fin de semaine, les heures d'ouverture sont de 8h30 à 16h30 pour la clientèle inscrit au CLSC et devant recevoir des traitements sans interruption.

Les CLSC sont aussi responsables du service téléphonique Info-Santé CLSC, accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Sur semaine après 20 h 30, les lignes téléphoniques basculent à la centrale régionale du CLSC Thérèse-de-Blainville qui assure la relève auprès de la population des Laurentides en fin de soirée et de nuit. Quant à la fin de semaine, la bascule se fait à 16h30.

Ces équipes sont composées de divers intervenants de la santé impliqués auprès de la clientèle atteinte de cancer et de leurs proches tels que médecins, infirmières, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, physiothérapeutes, inhalothérapeutes et auxiliaires familiales.

La direction des établissements répartit les activités professionnelles selon les ressources budgétaires et le profil de la population desservie ce qui explique l'hétérogénéité de l'offre de services sur le territoire des Laurentides.

Liste des CLSC des Laurentides incluant ceux fusionnés à un centre hospitalier de soins de longue durée :

- CLSC Thérèse-de-Blainville dont trois points de services
- CLSC Jean-Olivier-Chénier
- CLSC-Hôpital d'Argenteuil, établissement fusionné et attenant au centre hospitalier et un point de services
- CLSC Arthur-Buies dont deux points de services
- CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut dont trois points de services

[9] Rapport annuel, Nous prenons les choses en main, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2000-2001, p. 5-8

- CLSC-CHSLD des Trois Vallées fusionné au centre hospitalier de soins de longue durée et deux points de services
- CLSC des Hautes-Laurentides dont trois points de services

Les centres hospitaliers de soins de longue durée CHSLD sont un milieu de vie substitut pour les adultes lourdement atteints par l'âge et la maladie. Ils offrent, notamment, des services d'hébergement, de surveillance, de réadaptation, des services psychosociaux, médicaux, infirmiers et pharmaceutiques ainsi que des services de soins de fin de vie. Des lits d'hébergement pour d'autres clientèles nécessitant des soins palliatifs ou des soins de fin de vie sont accessibles.

Liste des centres hospitaliers de soins de longue durée excluant ceux fusionnés à un CLSC et inscrits précédemment :

- CHSLD Drapeau Deschambault
- CHSLD de-la-Rive-et-de-Mirabel
- CHSLD de la Rivière-du-Nord
- La Résidence de Lachute

Au niveau secondaire, cinq centres hospitaliers, dont un à vocation régionale, offrent des services d'investigation, de diagnostics et de traitements, des soins médicaux généraux et spécialisés, des soins infirmiers, des services psychosociaux spécialisés, des services préventifs et des services de réadaptation. Chacun des bassins sous-régionaux est desservi par un centre hospitalier. L'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme est l'hôpital régional.

Liste des centres hospitaliers :

- Centre hospitalier St-Eustache
- Hôtel-Dieu de St-Jérôme où des services d'onco-pédiatrie sont accessibles
- CLSC-Hôpital d'Argenteuil
- Centre hospitalier Laurentien
- Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle, Centre L'Annonciation et Centre Mont-Laurier

Les organismes à but non lucratif

Il y a près de 200 organismes communautaires dans la région. Sercan, Pallia-Vie et Oasis Cancer sont les organismes qui dispensent des services d'accompagnement à la clientèle selon leur territoire.

Les cabinets de médecins et les cliniques médicales

Plus de 400 médecins omnipraticiens et de 200 médecins spécialistes travaillent dans la région des Laurentides; ils ont un rôle de premier plan dans l'accessibilité et l'organisation de la prestation des services de santé auprès de la population[10]. La région compte soixante-dix-huit cabinets privés incluant les

[10] Rapport annuel, Nous prenons les choses en main, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 200-2001, p. 5-8

cliniques médicales de moins de deux médecins, dont 84% offrant des services médicaux le soir et 50% sont ouvertes les fins de semaine.

Les corridors de services

Au niveau tertiaire, la région a établi des corridors de services formels et informels vers Montréal, Laval et Trois-Rivières. Il s'agit principalement de la consommation des services d'investigations et de traitements.

Les organismes gouvernementaux

Le palais de justice du district de St-Jérôme ainsi que les bureaux de la Régie régionale de la santé et des services sociaux sont installés dans la partie centrale du territoire, soit dans la ville de Saint-Jérôme.

À la Régie régionale des Laurentides, les équipes de professionnels impliquées de part et d'autre à l'organisation des services de lutte contre le cancer relèvent de trois directions, soit :

- la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières;
- la Direction régionale d'organisation de services et de la main-d'œuvre;
- la Direction régionale de la santé publique, de la planification et de l'évaluation.

Plus particulièrement, la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières (DRAMH) est le maître d'œuvre de l'élaboration d'un programme régional d'organisation de services intégrés pour tout le continuum cancer. Elle doit, par conséquent, travailler en étroite collaboration avec les autres directions de la Régie régionale interpellées par l'un ou l'autre des nouveaux aspects du continuum cancer. La DRAMH collaborera ainsi avec la Direction de l'organisation des services et de la main d'œuvre qui a la responsabilité de définir l'organisation des services de première ligne, tout comme avec la Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation, qui a un rôle de surveillance et de protection de la santé de la population, de planification et d'évaluation. Elle doit aussi développer et fournir de l'expertise en prévention des maladies ou des problèmes de santé et en promotion de la santé.

Cet arrimage est nécessaire entre les différentes directions, car elle assurera une continuité des services en intégrant les actions des divers partenaires du réseau (CH, CLSC, CHSLD, organismes communautaires).

3.2 Organisation de services intégrés

En lien avec l'organisation des services intégrés proposés dans le **Programme québécois de lutte contre le cancer**, le continuum de services de la région des Laurentides pourrait être le suivant;

Au niveau local

Bassin de Thérèse-de-Blainville, de Deux-Montagnes et de la partie sud de la MRC de Mirabel

- le Centre hospitalier Saint-Eustache;
- le CLSC Jean-Olivier-Chénier;

- le CLSC Thérèse-de-Blainville;
- les CHSLD de-la-Rivière-du-Nord;
- le CHLSD Deux-Montagnes Inc.;
- le CHSLD Drapeau Deschambault.

Bassin de la Rivière du Nord et de la partie nord de Mirabel

- l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme;
- le CLSC Arthur-Buies;
- les CHSLD de-la-Rivière-du-Nord;
- le CHSLD Villa Soleil.

Bassin d'Argenteuil

- le CLSC - Hôpital d'Argenteuil;
- la Résidence de Lachute.

Bassin des Laurentides et des Pays-d'en-Haut

- le centre hospitalier Laurentien;
- la Résidence Ste-Marguerite Inc.;
- le CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut;
- le CLSC-CHSLD des Trois Vallées;

Bassin d'Antoine-Labelle

- le Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle;
- le CLSC des Hautes-Laurentides.

Au niveau régional

Le centre hospitalier régional du territoire en l'occurrence l'Hôtel Dieu de St-Jérôme, a déjà déposé au Ministère, un projet de centre régional en cancérologie. Il pourrait offrir les services régionaux pour le territoire.

Au niveau suprarégional

Le regroupement des soins ultra-spécialisés favorise le maintien et le développement d'expertise, essentiel à ce type de services, ainsi que la recherche. Les services déjà consommés au niveau suprarégional seraient consolidés. Le retour de la clientèle au niveau local le plus tôt possible pour la poursuite du suivi de la maladie serait favorisé.

Une organisation de services ainsi intégrés permettrait à la clientèle de recevoir les soins exigés le plus près possible de son milieu de vie et favoriserait le support des proches. Le développement de services d'accompagnement par la communauté assurerait le répit nécessaire aux aidants naturels pour exaucer les volontés de la personne atteinte quant à son maintien à domicile aussi longtemps que désiré.

Chapitre 4

Statistiques - Portrait de santé de la population des Laurentides

Chapitre 4

Statistiques - Portrait de santé de la population des Laurentides

4.1 TABLEAU DE BORD DE LA RÉGION DES LAURENTIDES

La docteure Marie Rochette, du Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec CCLCQ et membre du sous-comité de monitorage, a préparé pour chaque régie régionale un tableau de bord qui démontre la situation de la maladie par tumeurs malignes par régions parallèlement à la province de Québec. Certains déterminants de la santé, l'état de santé, les services socio-sanitaires et les ressources humaines en lien avec la lutte contre le cancer ont été relevés.

Le tableau de bord qui suit présente la région des Laurentides (région 15), la province de Québec et la position de la région par rapport à la province.[11].

[11] Préparé à partir des sources suivantes : Portrait de santé, MSSS, Janvier 2002. Surveillance de la mortalité au Québec : 1997-1998, Collection analyses et surveillance 14, MSSS, Mars 2001. Centre d'expertise en dépistage, INSPQ. Fichier APR-DRG. Centre de coordination en radio-oncologie.

Tableau de bord –

Tableau 6

Population

1. Taux d'accroissement de la population (1991 à 1996) %	Région	Québec	Rang
Total	11,8	2,9	1
0 –14 ans	9,5	-1,1	2
15-64 ans	11,8	2,7	2
65 ans et plus	17,5	10,6	4

2. Population (1996)	Région	Québec	Rang
Total N	440 928	7 273 993	5
0 –14 ans %	21	19	6
15-64 ans %	69	69	9
65 ans et plus %	10	12	11

Revenu

3. Revenu personnel	Région	Québec	Rang
a) Revenu personnel par habitant (1999) $ courants	22 855 $	23 056 $	6
b) Revenu personnel disponible par habitant (1997) $ courants	15 792 $	16 357 $	5

4. Population vivant sous le seuil de faible revenu (1995) %	Région	Québec	Rang
Total	20,0	23,4	8
Hommes	18,4	21,6	9
Femmes	21,5	25,1	9

Comportements liés à la santé

5. Population de 15 ans et plus percevant avoir de moyennes ou mauvaises habitudes alimentaires (1998) %	Région	Québec	Rang
Total	15,0	15,3	11
Hommes	14,6	17,1	15
Femmes	15,4	13,6	3

Tableau de bord –

Tableau 6

Population

1. Taux d'accroissement de la population (1991 à 1996) %	Région	Québec	Rang
Total	11,8	2,9	1
0 –14 ans	9,5	-1,1	2
15-64 ans	11,8	2,7	2
65 ans et plus	17,5	10,6	4

2. Population (1996)	Région	Québec	Rang
Total N	440 928	7 273 993	5
0 –14 ans %	21	19	6
15-64 ans %	69	69	9
65 ans et plus %	10	12	11

Revenu

3. Revenu personnel	Région	Québec	Rang
a) Revenu personnel par habitant (1999) $ courants	22 855 $	23 056 $	6
b) Revenu personnel disponible par habitant (1997) $ courants	15 792 $	16 357 $	5

4. Population vivant sous le seuil de faible revenu (1995) %	Région	Québec	Rang
Total	20,0	23,4	8
Hommes	18,4	21,6	9
Femmes	21,5	25,1	9

Comportements liés à la santé

5. Population de 15 ans et plus percevant avoir de moyennes ou mauvaises habitudes alimentaires (1998) %	Région	Québec	Rang
Total	15,0	15,3	11
Hommes	14,6	17,1	15
Femmes	15,4	13,6	3

6. Population de 15 ans et plus selon la fréquence de la pratique des activités physiques de loisir (1998) %	Région	Québec	Rang
3 fois et plus par semaine	26,5	26,0	11
1 à 2 fois par semaine	27,0	26,1	7
Moins d'une fois par semaine	46,5	48,0	11

7. Fumeurs actuels de 15 ans et plus (1998) %	Région	Québec	Rang
Total	35,7	34,0	6
Hommes	36,0	35,4	10
Femmes	35,5	32,6	6

8. Population de 15 ans et plus prenant 14 consommations d'alcool ou plus au cours d'une semaine (1998)	Région	Québec	Rang
Total	8,9	8,1	5
Hommes	12,3	12,8	10
Femmes	* 5,5	3,5	1

9. Population de 15 ans et plus présentant un excès de poids (1998) %	Région	Québec	Rang
Total	28,6	28,1	9
Hommes	33,8	32,4	7
Femmes	23,4	23,8	9

Incidence du cancer

10. Nouveaux cas[12] et taux ajusté[13] d'incidence du cancer (1994-1998) p.100 000	N région	N Québec	Taux région	Taux Québec	Rang
Ensemble des sièges	1 781	30 711	456,7 (+)[14]	423,6	5
Estomac	41	804	11,0	11,1	10
Côlon et rectum	223	4 057	59,5	56,0	4
Pancréas	46	822	12,1	11,4	6
Poumon	333	5 497	85,9 (+)	75,9	8
Sein chez la femme	251	4 326	118,9	110,8	3
Prostate	203	2 983	121,6 (+)	99,5	1
Vessie	93	1 547	24,5	21,4	2
Lymphome non-hodgkinien	68	1 284	16,9	17,8	12
Rein	52	874	13,4	12,1	7
Leucémie	50	831	13,1	11,5	1

* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

12 Nombre annuel moyen.

13 Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.

14 (+) (-) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.

Mortalité

11. Décès[15] et taux ajusté[16] de mortalité par tumeurs (1994-1998) p.100 000

	N région	N Québec	Taux région	Taux Québec	Rang
Ensemble des sièges	884	15967	236,1(+)	219,5	8
Estomac			* 7,8	8,5	12
Côlon et rectum			29,6	26,5	3
Pancréas			11,0	10,6	8
Poumon			73,2	64,6	9
Sein chez la femme			33,6	32,1	6
Prostate			32,5	30,1	6
Lymphome non-hodgkinien			* 7,2	7,1	11
Leucémie			* 6,3	6,5	11

Années potentielles de vies perdues

12. Taux ajusté[17] des années potentielles de vies perdues par tumeurs (1994-1998) p.1 000	Taux région	Taux Québec	Rang
Ensemble des sièges	19,3	18,4	7
Estomac	0,6	0,6	12
Côlon et rectum	2,0	1,8	6
Poumon	6,4	5,6	7
Sein chez la femme	4,4	3,9	2
Col utérin	0,5	0,4	6
Prostate	0,6	0,6	11
Leucémie	0,8	0,7	7

Prévention

13. Programmes et services de lutte au tabagisme	Région	Québec	Rang
Écoles primaires rejointes par au moins un programme de prévention %	28	46	9
Écoles secondaires rejointes par au moins un programme de prévention %	8	38	12
Territoires de CLSC de la région offrant au moins un programme de cessation tabagique			
Information et référence	7/7	134/148	
Counseling individuel	7/7	122/148	
Méthode de groupe	6/7	107/148	

15 Nombre annuel moyen.
16 Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.
* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
17 Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.

6. Population de 15 ans et plus selon la fréquence de la pratique des activités physiques de loisir (1998) %	Région	Québec	Rang
3 fois et plus par semaine	26,5	26,0	11
1 à 2 fois par semaine	27,0	26,1	7
Moins d'une fois par semaine	46,5	48,0	11

7. Fumeurs actuels de 15 ans et plus (1998) %	Région	Québec	Rang
Total	35,7	34,0	6
Hommes	36,0	35,4	10
Femmes	35,5	32,6	6

8. Population de 15 ans et plus prenant 14 consommations d'alcool ou plus au cours d'une semaine (1998)	Région	Québec	Rang
Total	8,9	8,1	5
Hommes	12,3	12,8	10
Femmes	* 5,5	3,5	1

9. Population de 15 ans et plus présentant un excès de poids (1998) %	Région	Québec	Rang
Total	28,6	28,1	9
Hommes	33,8	32,4	7
Femmes	23,4	23,8	9

Incidence du cancer

10. Nouveaux cas[12] et taux ajusté[13] d'incidence du cancer (1994-1998) p.100 000

	N région	N Québec	Taux région	Taux Québec	Rang
Ensemble des sièges	1 781	30 711	456,7 (+)[14]	423,6	5
Estomac	41	804	11,0	11,1	10
Côlon et rectum	223	4 057	59,5	56,0	4
Pancréas	46	822	12,1	11,4	6
Poumon	333	5 497	85,9 (+)	75,9	8
Sein chez la femme	251	4 326	118,9	110,8	3
Prostate	203	2 983	121,6 (+)	99,5	1
Vessie	93	1 547	24,5	21,4	2
Lymphome non-hodgkinien	68	1 284	16,9	17,8	12
Rein	52	874	13,4	12,1	7
Leucémie	50	831	13,1	11,5	1

* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

12 Nombre annuel moyen.

13 Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.

14 (+) (-) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.

Mortalité

11. Décès[15] et taux ajusté[16] de mortalité par tumeurs (1994-1998) p.100 000

	N région	N Québec	Taux région	Taux Québec	Rang
Ensemble des sièges	884	15967	236,1(+)	219,5	8
Estomac			* 7,8	8,5	12
Côlon et rectum			29,6	26,5	3
Pancréas			11,0	10,6	8
Poumon			73,2	64,6	9
Sein chez la femme			33,6	32,1	6
Prostate			32,5	30,1	6
Lymphome non-hodgkinien			* 7,2	7,1	11
Leucémie			* 6,3	6,5	11

Années potentielles de vies perdues

12. Taux ajusté[17] des années potentielles de vies perdues par tumeurs (1994-1998) p.1 000	Taux région	Taux Québec	Rang
Ensemble des sièges	19,3	18,4	7
Estomac	0,6	0,6	12
Côlon et rectum	2,0	1,8	6
Poumon	6,4	5,6	7
Sein chez la femme	4,4	3,9	2
Col utérin	0,5	0,4	6
Prostate	0,6	0,6	11
Leucémie	0,8	0,7	7

Prévention

13. Programmes et services de lutte au tabagisme	Région	Québec	Rang
Écoles primaires rejointes par au moins un programme de prévention %	28	46	9
Écoles secondaires rejointes par au moins un programme de prévention %	8	38	12
Territoires de CLSC de la région offrant au moins un programme de cessation tabagique			
Information et référence	7/7	134/148	
Counseling individuel	7/7	122/148	
Méthode de groupe	6/7	107/148	

15 Nombre annuel moyen.
16 Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.
* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
17 Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.

Dépistage

	Région	Québec	Rang
14. Femmes de 15 ans et plus ayant subi un test de Pap au cours d'une période de deux ans (1998) %	68,1	63,4	4
15. Femmes de 50 à 69 ans ayant subi une mammographie au cours d'une période de deux ans (1998) %	64,3	64,3	11
16. Femmes de 50 à 69 ans ayant subi une mammographie de dépistage dans un CDD[18] (au 30 juin 2001) %	39,8	46,3	10

PQDCS

	Région	Québec	Rang
17. Femmes de 50 à 69 ans ayant eu une mammographie de dépistage et ayant consenti à participer au PQDCS[19] (au 30 juin 2001) % 24 mois	35,5	42,7	11
18. Rétention des femmes ayant subi une première mammographie de dépistage dans le cadre du PQDCS (au 30 juin 2001) %	NA[20]	75,4	
19. Référence pour investigation chez les femmes ayant subi une mammographie de dépistage dans le cadre du PQDCS (au 30 juin 2001) %	13,1	11,0	2
20. Anomalies détectées chez les femmes ayant subi une mammographie dans le cadre du PQDCS %	ND[21]	ND	

18 Centre de dépistage désigné.
19 Programme québécois de dépistage du cancer du sein.
20 Non applicable.
21 Non disponible.

Hospitalisation

21. Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations pour tumeurs (1999-2000) %	Région	Québec	Rang
Ensemble des sièges	62,2	78,2	9
Poumon	76,9	80,2	7
Côlon-rectum	80,7	87,2	8
Sein chez la femme	72,8	81,6	11
Urologique	69,5	80,8	8
22. Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations pour tumeurs (1999-2000) %	**Région**	**Québec**	**Rang**
Ensemble des sièges	86,4	78,2	13
Poumon	84,8	80,2	12
Côlon-rectum	87,2	87,2	13
Sein chez la femme	87,2	81,6	14
Urologique	85,8	80,8	13
23. Proportion des décès par cancer survenus à l'hôpital dans une unité de courte durée (1994-1998) %	**Région** 59,5	**Québec** 57,1	**Rang** 7
24. Durée médiane de séjour des cas de cancer décédés à l'hôpital dans une unité de courte durée (1994-1998) jour	**Région** 10	**Québec** 11	**Rang** 14

Radiothérapie

25. Proportion des cas de cancer traités en radiothérapie (1998) %	Région	Québec	Rang
	46,0	49,0	10

Médecins spécialisés

26. Nombre de médecins spécialistes par discipline médicale	Région
Pathologie	4
Hématologie	8
Radio-oncologie	0

Dépistage

	Région	Québec	Rang
14. Femmes de 15 ans et plus ayant subi un test de Pap au cours d'une période de deux ans (1998) %	68,1	63,4	4
15. Femmes de 50 à 69 ans ayant subi une mammographie au cours d'une période de deux ans (1998) %	64,3	64,3	11
16. Femmes de 50 à 69 ans ayant subi une mammographie de dépistage dans un CDD[18] (au 30 juin 2001) %	39,8	46,3	10

PQDCS

	Région	Québec	Rang
17. Femmes de 50 à 69 ans ayant eu une mammographie de dépistage et ayant consenti à participer au PQDCS[19] (au 30 juin 2001) % 24 mois	35,5	42,7	11
18. Rétention des femmes ayant subi une première mammographie de dépistage dans le cadre du PQDCS (au 30 juin 2001) %	NA[20]	75,4	
19. Référence pour investigation chez les femmes ayant subi une mammographie de dépistage dans le cadre du PQDCS (au 30 juin 2001) %	13,1	11,0	2
20. Anomalies détectées chez les femmes ayant subi une mammographie dans le cadre du PQDCS %	ND[21]	ND	

18 Centre de dépistage désigné.
19 Programme québécois de dépistage du cancer du sein.
20 Non applicable.
21 Non disponible.

Hospitalisation

21. Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations pour tumeurs (1999-2000) %	Région	Québec	Rang
Ensemble des sièges	62.2	78.2	9
Poumon	76.9	80.2	7
Côlon-rectum	80.7	87.2	8
Sein chez la femme	72.8	81.6	11
Urologique	69.5	80.8	8
22. Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations pour tumeurs (1999-2000) %	**Région**	**Québec**	**Rang**
Ensemble des sièges	86.4	78.2	13
Poumon	84.8	80.2	12
Côlon-rectum	87.2	87.2	13
Sein chez la femme	87.2	81.6	14
Urologique	85.8	80.8	13
23. Proportion des décès par cancer survenus à l'hôpital dans une unité de courte durée (1994-1998) %	**Région** 59.5	**Québec** 57.1	**Rang** 7
24. Durée médiane de séjour des cas de cancer décédés à l'hôpital dans une unité de courte durée (1994-1998) jour	**Région** 10	**Québec** 11	**Rang** 14

Radiothérapie

25. Proportion des cas de cancer traités en radiothérapie (1998) %	Région	Québec	Rang
	46.0	49.0	10

Médecins spécialisés

26. Nombre de médecins spécialistes par discipline médicale	Région
Pathologie	4
Hématologie	8
Radio-oncologie	0

4.2 PORTRAIT DE SANTÉ DE LA POPULATION DES LAURENTIDES

Les tableaux suivants, ont été préparés par les membres du comité de monitorage de l'équipe du Centre de coordination de lutte contre le cancer au Québec du Ministère de la Santé et des services sociaux.

Tableau 7

Nombre et proportion de décès par cancer survenus à l'hôpital[1] selon la région de résidence, 1994 à 1998, Québec

		Décès par cancer (CIM-9 140-208)		
		À l'hôpital Nombre	Total Nombre	À l'hôpital %
01	Bas-Saint-Laurent	1 518	2 542	59,7
02	Saguenay-Lac-Saint-Jean	1 985	3 133	63,4
03	Québec	3 749	7 355	51,0
04	Mauricie et Centre-du-Québec	3 652	5 755	63,5
05	Estrie	1 811	3 139	57,7
06	Montréal-Centre	12 911	22 563	57,2
07	Outaouais	DI	DI	DI
08	Abitibi-Témiscamingue	925	1 465	63,1
09	Côte-Nord	480	958	50,1
10	Nord-du-Québec	76	109	69,7
11	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	795	1 353	58,8
12	Chaudière-Appalaches	2 045	3 888	52,6
13	Laval	2 057	3 517	58,5
14	Lanaudière	2 269	3 697	61,4
15	Laurentides	2 598	4 365	59,5
16	Montérégie	6 510	12 280	53,0
17	Nunavik	20	45	44,4
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	24	44	54,5
	ENSEMBLE DU QUÉBEC	45 045	78 837	57,1

1. Les hospitalisations excluent les cas de longue durée avec hospitalisation dans des lits de courte durée et les personnes admises en courte durée et par la suite transférées en longue durée.

DI : Données incomplètes

Sources : MSSS, Fichier des hospitalisations de MED-ÉCHO, 1993-1994 à 1998-1999.
MSSS, Fichier des décès, 1994 à 1998.
Pour les données sur les hospitalisations, les années de calendrier 1994 à 1998 ont été reconstituées à partir de la date de sortie.

Tableau 8

Nouveaux cas de cancer (CIM-9 140 à 208 excluant 173) selon la région, Québec, 1993 à 1998

Région de résidence	1993	1994	1995	1996	1997	1998
1 Bas St-Laurent	971	963	936	956	949	1008
2 Saguenay/Lac-St-Jean	1223	1266	1280	1241	1206	1275
3 Québec	2763	2773	2645	2684	2804	3001
4 Mauricie-Bois-Francs	2104	2201	2187	2079	2176	2217
5 Estrie	1249	1252	1297	1180	1185	1290
6 Montréal-Centre	8738	8974	8571	8349	8368	8690
7 Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI
8 Abitibi-Témiscamingue	592	637	563	539	564	560
9 Côte-Nord	378	388	398	397	376	436
10 Nord-du-Québec	42	55	36	42	41	45
11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	504	529	583	495	506	550
12 Chaudière-Appalaches	1413	1508	1515	1490	1513	1563
13 Laval	1268	1277	1327	1308	1357	1459
14 Lanaudière	1374	1387	1345	1437	1357	1563
15 Laurentides	**1619**	**1753**	**1774**	**1769**	**1694**	**1917**
16 Montérégie	4819	4914	4803	4894	4868	5169
17 Nunavik	19	17	9	9	16	8
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	10	22	23	16	19	19
Ensemble du Québec	30590	31126	30474	30093	30017	31845

Source : Fichier des tumeurs du Québec
DI : données incomplètes
28 janvier 2002

4.2 PORTRAIT DE SANTÉ DE LA POPULATION DES LAURENTIDES

Les tableaux suivants, ont été préparés par les membres du comité de monitorage de l'équipe du Centre de coordination de lutte contre le cancer au Québec du Ministère de la Santé et des services sociaux.

Tableau 7

Nombre et proportion de décès par cancer survenus à l'hôpital[1] selon la région de résidence, 1994 à 1998, Québec

		Décès par cancer (CIM-9 140-208)		
		À l'hôpital Nombre	Total Nombre	À l'hôpital %
01	Bas-Saint-Laurent	1 518	2 542	59,7
02	Saguenay-Lac-Saint-Jean	1 985	3 133	63,4
03	Québec	3 749	7 355	51,0
04	Mauricie et Centre-du-Québec	3 652	5 755	63,5
05	Estrie	1 811	3 139	57,7
06	Montréal-Centre	12 911	22 563	57,2
07	Outaouais	DI	DI	DI
08	Abitibi-Témiscamingue	925	1 465	63,1
09	Côte-Nord	480	958	50,1
10	Nord-du-Québec	76	109	69,7
11	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	795	1 353	58,8
12	Chaudière-Appalaches	2 045	3 888	52,6
13	Laval	2 057	3 517	58,5
14	Lanaudière	2 269	3 697	61,4
15	Laurentides	2 598	4 365	59,5
16	Montérégie	6 510	12 280	53,0
17	Nunavik	20	45	44,4
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	24	44	54,5
	ENSEMBLE DU QUÉBEC	45 045	78 837	57,1

1. Les hospitalisations excluent les cas de longue durée avec hospitalisation dans des lits de courte durée et les personnes admises en courte durée et par la suite transférées en longue durée.

DI : Données incomplètes

Sources : MSSS, Fichier des hospitalisations de MED-ÉCHO, 1993-1994 à 1998-1999.
MSSS, Fichier des décès, 1994 à 1998.
Pour les données sur les hospitalisations, les années de calendrier 1994 à 1998 ont été reconstituées à partir de la date de sortie.

Tableau 8

Nouveaux cas de cancer (CIM-9 140 à 208 excluant 173) selon la région, Québec, 1993 à 1998

Région de résidence	1993	1994	1995	1996	1997	1998
1 Bas St-Laurent	971	963	936	956	949	1008
2 Saguenay/Lac-St-Jean	1223	1266	1280	1241	1206	1275
3 Québec	2763	2773	2645	2684	2804	3001
4 Mauricie-Bois-Francs	2104	2201	2187	2079	2176	2217
5 Estrie	1249	1252	1297	1180	1185	1290
6 Montréal-Centre	8738	8974	8571	8349	8368	8690
7 Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI
8 Abitibi-Témiscamingue	592	637	563	539	564	560
9 Côte-Nord	378	388	398	397	376	436
10 Nord-du-Québec	42	55	36	42	41	45
11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	504	529	583	495	506	550
12 Chaudière-Appalaches	1413	1508	1515	1490	1513	1563
13 Laval	1268	1277	1327	1308	1357	1459
14 Lanaudière	1374	1387	1345	1437	1357	1563
15 Laurentides	**1619**	**1753**	**1774**	**1769**	**1694**	**1917**
16 Montérégie	4819	4914	4803	4894	4868	5169
17 Nunavik	19	17	9	9	16	8
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	10	22	23	16	19	19
Ensemble du Québec	30590	31126	30474	30093	30017	31845

Source : Fichier des tumeurs du Québec

DI : données incomplètes

28 janvier 2002

Tableau 9

Nouveaux cas de cancer selon le siège, sexes réunis, 1994 à 1998,
Région : Laurentides

	1994	1995	1996	1997	1998	Nbre ann. moyen (1994-1998)
Sphère ORL (140 à 149, 160, 161)	83	65	61	76	57	68,4
Lèvres (140)	7	3	3	2	4	3,8
Langue (141)	7	4	9	10	6	7,2
Pharynx (146, 147, 148)	12	7	14	10	11	11,0
Larynx (161)	30	34	24	32	21	28,2
Autres et sans précision (142, 143, 144, 145, 149,	27	17	11	22	15	18,4
Digestif (150 à 159)	342	375	375	356	397	369,0
Digestif haut (150 à 152, 155 à 157)	118	154	139	135	134	136,0
Oesophage (150)	22	16	23	15	10	17,2
Estomac (151)	35	47	36	48	37	40,6
Intestin grêle (152)	5	8	6	5	4	5,6
Foie (155)	6	14	18	15	19	14,4
Vésicule biliaire (156)	14	16	10	7	14	12,2
Pancréas (157)	36	53	46	45	50	46,0
Côlon-rectum (153, 154)	222	210	229	212	244	223,4
Côlon (153)	127	121	138	123	164	134,6
Rectum et anus (154)	95	89	91	89	80	88,8
Autre ou non précisé (158, 159)	2	11	7	9	19	9,6
Pulmonaire (162, 163 et 165)	313	346	349	313	365	337,2
Trachée, bronche, poumon (162)	311	343	345	308	359	333,2
Plèvre (163)	2	3	4	5	6	4,0
Autre ou non précisé (165)						
Thymus, cœur, médiastin (164)	2	2	1			1,0
Musculosquelettique (170-171)	10	14	17	7	15	12,6
Os et cartilage articulaire (170)	3	4	9	4	9	5,8
Tissu conjonctif (171)	7	10	8	3	6	6,8
Cutané (172 et 173)	182	167	176	161	93	155,8
Mélanome (172)	24	16	32	29	25	25,2
Peau autre que mélanome (173)	158	151	144	132	68	130,6
Sein (174, 175)	229	256	224	263	294	253,2
Sein chez la femme (174)	229	254	222	260	292	251,4
Sein chez l'homme (175)		2	2	3	2	1,8
Gynécologique (179 à 184)	87	102	102	106	116	102,6
Col de l'utérus (180)	18	23	21	28	22	22,4
Corps de l'utérus (179 et 182)	40	39	33	42	49	40,6
Ovaire (183)	21	36	38	29	38	32,4
Autre ou non précisé (184)	8	4	10	7	7	7,2
Urologique (185 à 189)	424	364	323	315	358	356,8
Prostate (185)	279	206	163	173	195	203,2
Testicules (186)	9	4	13	8	7	8,2
Pénis et autres organes géniaux masculins (187)	1		1			0,4
Vessie (188)	86	103	86	82	106	92,6
Rein et organe urinaire autre ou non précisé (189)	49	51	60	52	50	52,4
Ophtalmologique (190)	9	5	4	5	2	5,0
Neurologique (191, 192)	36	32	29	39	31	33,4
Encéphale (191)	33	28	29	35	30	31,0
Autre ou non précisé (192)	3	4		4	1	2,4
Endocrinien (193, 194)	20	19	22	10	20	18,2
Thyroïde (193)	17	17	21	8	18	16,2
Autre glande endocrienne (194)	3	2	1	2	2	2,0
Hématologique (200 à 208)	131	131	179	134	165	148,0
Lymphome non hodgkinien (200, 202)	61	63	91	59	66	68,0
Maladie de hodgkin (201)	10	10	13	11	20	12,8
Myélome multiple (203)	14	13	26	19	12	16,8
Leucémie (204-208)	46	45	49	45	67	50,4
Autre siège de nature non précisée (195 et 199)	16	31	29	18	37	26,2
Total (140 à 208)	1911	1925	1913	1826	1985	1912,0
Total (140 à 208, sauf 173)	1753	1774	1769	1694	1917	1781,4

Source : Fichier des tumeurs du Québec
2002/01/28

Tableau 10

Nouveaux cas de cancer selon le siège, sexes réunis, 1994 à 1998, Province de Québec

	1994	1995	1996	1997	1998	Nbre ann. moyen (1994-1998)
Sphère ORL (140 à 149, 160, 161)	1320	1222	1174	1120	1172	1201,6
Lèvres (140)	97	75	77	63	69	76,2
Langue (141)	174	160	146	160	157	159,4
Pharynx (146, 147, 148)	204	188	216	208	212	206,0
Larynx (161)	502	468	439	393	413	443,0
Autres et sans précision (142, 143, 144, 145, 149, 1	343	331	296	296	321	317,4
Digestif (150 à 159)	6757	6750	6669	6545	7037	6751,6
Digestif haut (150 à 152, 155 à 157)	2529	2566	2531	2458	2623	2541,4
Oesophage (150)	263	236	265	256	279	259,8
Estomac (151)	827	844	812	762	777	804,4
Intestin grêle (152)	85	108	80	107	100	96,0
Foie (155)	274	320	339	307	367	321,4
Vésicule biliaire (156)	252	239	235	226	237	237,8
Pancréas (157)	828	819	800	800	863	822,0
Côlon-rectum (153, 154)	4095	4024	3972	3946	4248	4057,0
Côlon (153)	2622	2588	2506	2541	2757	2602,8
Rectum et anus (154)	1473	1436	1466	1405	1491	1454,2
Autre ou non précisé (158, 159)	133	160	166	141	166	153,2
Pulmonaire (162, 163 et 165)	5661	5467	5527	5580	5785	5604,0
Trachée, bronche, poumon (162)	5550	5382	5423	5462	5668	5497,0
Plèvre (163)	106	82	96	117	111	102,4
Autre ou non précisé (165)	5	3	8	1	6	4,6
Thymus, cœur, médiastin (164)	32	45	44	35	35	38,2
Musculosquelettique (170-171)	229	265	240	242	238	242,8
Os et cartilage articulaire (170)	72	86	70	89	67	76,8
Tissu conjonctif (171)	157	179	170	153	171	166,0
Cutané (172 et 173)	2785	2714	2720	2443	2352	2602,8
Mélanome (172)	416	384	425	403	432	412,0
Peau autre que mélanome (173)	2369	2330	2295	2040	1920	2190,8
Sein (174, 175)	4097	4198	4269	4369	4827	4352,0
Sein chez la femme (174)	4074	4165	4238	4347	4805	4325,8
Sein chez l'homme (175)	23	33	31	22	22	26,2
Gynécologique (179 à 184)	1855	1854	1749	1746	1831	1807,0
Col de l'utérus (180)	339	324	328	298	283	314,4
Corps de l'utérus (179 et 182)	836	797	699	770	861	792,6
Ovaire (183)	595	625	604	565	568	591,4
Autre ou non précisé (184)	80	106	115	108	118	105,4
Urologique (185 à 189)	6273	5633	5222	5247	5503	5575,6
Prostate (185)	3673	3031	2698	2709	2805	2983,2
Testicules (186)	147	131	142	151	131	140,4
Pénis et autres organes génitaux masculins (187)	25	33	34	31	32	31,0
Vessie (188)	1588	1557	1477	1499	1615	1547,2
Rein et organe urinaire autre ou non précisé (189)	840	881	871	857	920	873,8
Ophtalmologique (190)	75	73	73	64	59	68,8
Neurologique (191, 192)	579	592	615	564	608	591,6
Encéphale (191)	542	543	564	527	574	550,0
Autre ou non précisé (192)	37	49	51	37	34	41,6
Endocrinien (193, 194)	368	409	384	383	435	395,8
Thyroïde (193)	319	349	341	340	395	348,8
Autre glande endocrienne (194)	49	60	43	43	40	47,0
Hématologique (200 à 208)	2657	2677	2755	2729	2753	2714,2
Lymphome non hodgkinien (200, 202)	1241	1288	1305	1279	1307	1284,0
Maladie de hodgkin (201)	212	212	216	197	200	207,4
Myélome multiple (203)	374	348	396	426	413	391,4
Leucémie (204-208)	830	829	838	827	833	831,4
Autre siège de nature non précisée (195 et 199)	306	668	651	643	767	607,0
Total (140 à 208)	33495	32804	32388	32057	33765	32901,8
Total (140 à 208, sauf 173)	31126	30474	30093	30017	31845	30711,0

Source : Fichier des tumeurs du Québec
2002/01/28

Tableau 11

Population

Ensemble des tumeurs (140 à 239)

Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations hors de la région	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	77,4	78,5	76,1	77,1	22.9	1 772	0
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	91,6	91,5	92,5	91,4	8,6	2 359	0
03	Québec	98,7	98,7	98,9	98,6	1,4	5 149	0
04	Mauricie et Centre-du-Québec	73,9	77,6	79,1	78,4	21,6	3 974	6
05	Estrie	94,7	94,2	92,0	91,9	8,1	2 362	-3
06	Montréal-Centre	98,6	98,2	97,7	97,6	2,4	15 265	-1
07	Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	s.o.
08	Abitibi-Témiscamingue	82,2	80,5	82,8	85,0	15,0	1 167	3
09	Côte-Nord	65,6	61,9	63,8	65,5	34,5	796	0
10	Nord-du-Québec	34,1	25,7	29,4	24,7	75,3	146	-28
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	55,9	52,8	58,3	52,4	47,6	1 126	-6
12	Chaudière-Appalaches	56,5	59,7	60,9	60,0	40.0	2 685	6
13	Laval	26,7	33,6	37,6	40,4	59.6	2 748	51
14	Lanaudière	46,9	50,5	50,8	54,4	45,6	3 048	16
15	Laurentides	48,1	57,5	58,4	62,2	37,8	3 895	29
16	Montérégie	53,2	54,2	59,6	61,6	38,4	9 802	16
17	Nunavik	24,0	5,0	30,8	23,4	76,6	47	-2
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	2,2	7,3	11,5	9,8	90,2	41	349
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	76,1	76,9	77,6	78,2	21,8	58 344	3

Note

DI : Données incomplètes, ne permettent pas de calculer adéquatement l'indice

s.o. : sans objet

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 11

Population

Ensemble des tumeurs (140 à 239)

Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations hors de la région	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	77,4	78,5	76,1	77,1	22,9	1 772	0
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	91,6	91,5	92,5	91,4	8,6	2 359	0
03	Québec	98,7	98,7	98,9	98,6	1,4	5 149	0
04	Mauricie et Centre-du-Québec	73,9	77,6	79,1	78,4	21,6	3 974	6
05	Estrie	94,7	94,2	92,0	91,9	8,1	2 362	-3
06	Montréal-Centre	98,6	98,2	97,7	97,6	2,4	15 265	-1
07	Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	s.o.
08	Abitibi-Témiscamingue	82,2	80,5	82,8	85,0	15,0	1 167	3
09	Côte-Nord	65,6	61,9	63,8	65,5	34,5	796	0
10	Nord-du-Québec	34,1	25,7	29,4	24,7	75,3	146	-28
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	55,9	52,8	58,3	52,4	47,6	1 126	-6
12	Chaudière-Appalaches	56,5	59,7	60,9	60,0	40,0	2 685	6
13	Laval	26,7	33,6	37,6	40,4	59,6	2 748	51
14	Lanaudière	46,9	50,5	50,8	54,4	45,6	3 048	16
15	Laurentides	48,1	57,5	58,4	62,2	37,8	3 895	29
16	Montérégie	53,2	54,2	59,6	61,6	38,4	9 802	16
17	Nunavik	24,0	5,0	30,8	23,4	76,6	47	-2
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	2,2	7,3	11,5	9,8	90,2	41	349
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	76,1	76,9	77,6	78,2	21,8	58 344	3

Note

DI : Données incomplètes, ne permettent pas de calculer adéquatement l'indice

s.o. : sans objet

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 12
Population

Digestif haut (150-152, 155-157)

Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations hors de la région	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	82,2	85,6	83,6	87,5	12,5	128	6
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	88,6	89,5	85,9	81,3	18,7	150	-8
03	Québec	98,8	98,1	98,3	99,1	0,9	339	0
04	Mauricie et Centre-du-Québec	75,6	80,2	77,6	72,2	27,8	255	-5
05	Estrie	96,8	92,0	94,7	96,5	3,5	142	0
06	Montréal-Centre	98,4	98,7	98,9	97,9	2,1	1 118	-1
07	Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	s.o.
08	Abitibi-Témiscamingue	86,8	84,2	74,7	90,3	9,7	93	4
09	Côte-Nord	75,4	71,4	71,4	75,4	24,6	69	0
10	Nord-du-Québec	42,9	25,0	66,7	25,0	75,0	8	-42
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	73,3	63,4	69,0	63,6	36,4	107	-13
12	Chaudière-Appalaches	73,9	68,2	73,9	72,1	27,9	229	-3
13	Laval	21,8	37,6	45,3	36,2	63,8	188	66
14	Lanaudière	61,1	50,8	53,6	62,6	37,4	219	2
15	Laurentides	49,1	61,2	63,7	59,7	40,3	233	22
16	Montérégie	63,5	60,2	62,3	66,7	33,3	625	5
17	Nunavik	-	0,0	-	50,0	50,0	2	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	0,0	0,0	16,7	0,0	100,0	2	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	80,7	79,8	80,5	80,2	19,8	4 039	-1

Note

DI : Données incomplètes, ne permettent pas de calculer adéquatement l'indice

s.o. : sans objet
Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 13
Population

Urologique (185-189)

Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations hors de la région	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	79,0	86,3	88,4	87,8	12,2	189	11
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	92,8	90,4	90,0	91,2	8,8	217	-2
03	Québec	99,7	98,9	100,0	97,7	2,3	617	-2
04	Mauricie et Centre-du-Québec	88,3	90,2	89,6	91,8	8,2	425	4
05	Estrie	96,4	95,2	93,3	88,9	11,1	271	-8
06	Montréal-Centre	98,0	97,6	96,6	97,4	2,6	1 989	-1
07	Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	s.o.
08	Abitibi-Témiscamingue	87,5	65,8	92,0	94,4	5,6	160	8
09	Côte-Nord	57,3	25,3	29,9	24,1	75,9	83	-58
10	Nord-du-Québec	44,4	42,9	21,4	0,0	100,0	6	-100
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	35,9	23,0	24,5	33,6	66,4	116	-6
12	Chaudière-Appalaches	60,7	64,5	68,2	67,3	32,7	266	11
13	Laval	37,0	42,8	38,0	43,8	56,2	349	19
14	Lanaudière	33,5	51,3	52,5	59,8	40,2	391	79
15	**Laurentides**	**61,5**	**66,7**	**69,4**	**69,5**	**30,5**	**521**	**13**
16	Montérégie	59,1	57,0	61,6	66,2	33,8	1 165	12
17	Nunavik	0,0	-	-	37,5	62,5	8	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	0,0	11,1	0,0	11,1	88,9	9	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	78,3	78,3	79,1	80,8	19,2	7 040	3

Note

DI : Données incomplètes, ne permettent pas de calculer adéquatement l'indice

s.o. : sans objet

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 12
Population

Digestif haut (150-152, 155-157)

Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations hors de la région	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	82,2	85,6	83,6	87,5	12,5	128	6
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	88,6	89,5	85,9	81,3	18,7	150	-8
03	Québec	98,8	98,1	98,3	99,1	0,9	339	0
04	Mauricie et Centre-du-Québec	75,6	80,2	77,6	72,2	27,8	255	-5
05	Estrie	96,8	92,0	94,7	96,5	3,5	142	0
06	Montréal-Centre	98,4	98,7	98,9	97,9	2,1	1 118	-1
07	Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	s.o.
08	Abitibi-Témiscamingue	86,8	84,2	74,7	90,3	9,7	93	4
09	Côte-Nord	75,4	71,4	71,4	75,4	24,6	69	0
10	Nord-du-Québec	42,9	25,0	66,7	25,0	75,0	8	-42
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	73,3	63,4	69,0	63,6	36,4	107	-13
12	Chaudière-Appalaches	73,9	68,2	73,9	72,1	27,9	229	-3
13	Laval	21,8	37,6	45,3	36,2	63,8	188	66
14	Lanaudière	61,1	50,8	53,6	62,6	37,4	219	2
15	Laurentides	49,1	61,2	63,7	59,7	40,3	233	22
16	Montérégie	63,5	60,2	62,3	66,7	33,3	625	5
17	Nunavik	-	0,0	-	50,0	50,0	2	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	0,0	0,0	16,7	0,0	100,0	2	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	80,7	79,8	80,5	80,2	19,8	4 039	-1

Note

DI : Données incomplètes, ne permettent pas de calculer adéquatement l'indice

s.o. : sans objet
Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 13
Population

Urologique (185-189)

Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations hors de la région	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	79,0	86,3	88,4	87,8	12,2	189	11
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	92,8	90,4	90,0	91,2	8,8	217	-2
03	Québec	99,7	98,9	100,0	97,7	2,3	617	-2
04	Mauricie et Centre-du-Québec	88,3	90,2	89,6	91,8	8,2	425	4
05	Estrie	96,4	95,2	93,3	88,9	11,1	271	-8
06	Montréal-Centre	98,0	97,6	96,6	97,4	2,6	1 989	-1
07	Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	s.o.
08	Abitibi-Témiscamingue	87,5	65,8	92,0	94,4	5,6	160	8
09	Côte-Nord	57,3	25,3	29,9	24,1	75,9	83	-58
10	Nord-du-Québec	44,4	42,9	21,4	0,0	100,0	6	-100
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	35,9	23,0	24,5	33,6	66,4	116	-6
12	Chaudière-Appalaches	60,7	64,5	68,2	67,3	32,7	266	11
13	Laval	37,0	42,8	38,0	43,8	56,2	349	19
14	Lanaudière	33,5	51,3	52,5	59,8	40,2	391	79
15	Laurentides	61,5	66,7	69,4	69,5	30,5	521	13
16	Montérégie	59,1	57,0	61,6	66,2	33,8	1 165	12
17	Nunavik	0,0	-	-	37,5	62,5	8	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	0,0	11,1	0,0	11,1	88,9	9	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	78,3	78,3	79,1	80,8	19,2	7 040	3

Note

DI : Données incomplètes, ne permettent pas de calculer adéquatement l'indice

s.o. : sans objet

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 14
Population

Poumon (162)

Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations hors de la région	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	69,5	75,9	73,2	70,0	30,0	287	1
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	96,0	98,9	99,7	98,6	1,4	360	3
03	Québec	99,4	99,2	99,7	99,2	0,8	664	0
04	Mauricie et Centre-du-Québec	73,1	76,4	82,4	82,7	17,3	602	13
05	Estrie	96,2	98,8	95,5	94,5	5,5	363	-2
06	Montréal-Centre	98,8	98,6	98,3	97,9	2,1	1 853	-1
07	Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	s.o.
08	Abitibi-Témiscamingue	89,4	89,0	90,3	89,3	10,7	169	0
09	Côte-Nord	67,4	74,5	64,1	65,8	34,2	120	-2
10	Nord-du-Québec	55,3	47,8	51,7	42,9	57,1	28	-22
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	52,3	56,8	57,0	50,3	49,7	187	-4
12	Chaudière-Appalaches	51,3	62,2	62,9	57,9	42,1	409	13
13	Laval	29,9	45,5	42,4	43,8	56,2	354	46
14	Lanaudière	56,7	54,7	60,2	57,9	42,1	511	2
15	Laurentides	61,5	67,8	64,0	76,9	23,1	610	25
16	Montérégie	58,3	61,5	65,2	65,5	34,5	1 273	12
17	Nunavik	20,0	0,0	66,7	0,0	100,0	7	-100
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	0,0	50,0	50,0	0,0	100,0	2	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	78,6	80,7	80,6	80,2	19,8	8 101	2

Note

DI : Données incomplètes, ne permettent pas de calculer adéquatement l'indice

s.o. : sans objet

Tableau 15
Population

Sein chez la femme (174)

Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations hors de la région	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	87,9	87,5	83,6	91,2	8,8	136	4
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	93,5	86,2	93,7	90,8	9,2	217	-3
03	Québec	98,6	99,4	99,8	99,8	0,2	566	1
04	Mauricie et Centre-du-Québec	77,4	80,2	78,3	79,6	20,4	289	3
05	Estrie	95,3	94,0	90,0	94,8	5,2	174	-1
06	Montréal-Centre	98,9	98,6	97,4	96,9	3,1	1 288	-2
07	Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	s.o.
08	Abitibi-Témiscamingue	97,1	93,4	86,7	92,9	7,1	98	-4
09	Côte-Nord	73,8	76,2	75,4	80,3	19,7	61	9
10	Nord-du-Québec	50,0	12,5	0,0	20,0	80,0	15	-60
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	80,0	74,2	80,5	81,9	18,1	94	2
12	Chaudière-Appalaches	61,6	69,8	70,7	63,7	36,3	245	3
13	Laval	21,8	34,6	38,6	39,4	60,6	302	81
14	Lanaudière	52,3	45,3	55,6	59,2	40,8	233	13
15	**Laurentides**	**54,9**	**61,4**	**70,4**	**72,8**	**27,2**	**375**	**33**
16	Montérégie	57,3	56,2	64,5	67,9	32,1	895	19
17	Nunavik	0,0	0,0	-	100,0	0,0	1	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	0,0	0,0	0,0	33,3	66,7	3	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	79,7	78,2	81,3	81,6	18,4	5 171	2

Note

DI : Données incomplètes, ne permettent pas de calculer adéquatement l'indice

s.o. : sans objet

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 16

Population

Côlon-rectum (153-154)

Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations hors de la région	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	94,0	92,1	85,2	89,6	10,4	212	-5
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	98,1	97,8	97,3	94,2	5,8	257	-4
03	Québec	99,2	99,6	98,5	98,4	1,6	502	-1
04	Mauricie et Centre-du-Québec	90,5	93,4	91,8	92,6	7,4	502	2
05	Estrie	97,0	98,7	92,6	91,2	8,8	283	-6
06	Montréal-Centre	98,1	97,8	98,0	97,2	2,8	1 728	-1
07	Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	s.o.
08	Abitibi-Témiscamingue	96,3	95,5	97,1	97,6	2,4	123	1
09	Côte-Nord	81,7	74,5	85,4	80,5	19,5	87	-2
10	Nord-du-Québec	36,4	50,0	60,0	38,1	61,9	21	5
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	71,6	82,4	77,8	80,0	20,0	105	12
12	Chaudière-Appalaches	70,2	71,9	75,3	78,4	21,6	338	12
13	Laval	37,2	36,4	54,2	56,3	43,7	300	51
14	Lanaudière	64,1	69,3	69,3	66,2	33,8	305	3
15	Laurentides	74,1	77,8	79,6	80,7	19,3	414	9
16	Montérégie	75,0	76,6	76,8	79,2	20,8	998	6
17	Nunavik	0,0	0,0	25,0	0,0	100,0	2	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	0,0	0,0	0,0	14,3	85,7	14	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	86,0	86,7	87,0	87,2	12,8	6 442	1

Note

DI : Données incomplètes, ne permettent pas de calculer adéquatement l'indice

s.o. : sans objet

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 17

Population

Sphère ORL (140-149, 160-161)

Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations hors de la région	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	65,1	60,9	74,4	43,9	56,1	41	-33
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	90,3	97,2	86,6	87,8	12,2	49	-3
03	Québec	99,4	99,2	98,1	99,4	0,6	166	0
04	Mauricie et Centre-du-Québec	46,8	65,3	57,0	60,0	40,0	125	28
05	Estrie	95,8	96,1	93,5	97,6	2,4	41	2
06	Montréal-Centre	99,3	99,1	98,2	98,2	1,8	396	-1
07	Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	s.o.
08	Abitibi-Témiscamingue	47,5	74,3	52,9	60,9	39,1	23	28
09	Côte-Nord	57,6	24,2	11,1	46,9	53,1	32	-19
10	Nord-du-Québec	12,5	16,7	100,0	0,0	100,0	1	-100
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	35,5	37,5	43,2	27,3	72,7	22	-23
12	Chaudière-Appalaches	41,2	41,2	34,3	50,0	50,0	46	21
13	Laval	18,3	14,0	18,5	37,7	62,3	53	106
14	Lanaudière	51,1	47,5	38,9	43,4	56,6	76	-15
15	Laurentides	46,3	57,1	50,6	47,6	52,4	84	3
16	Montérégie	32,7	30,6	32,8	35,3	64,7	235	8
17	Nunavik	0,0	-	-	-	-	0	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	-	0,0	0,0	-	-	0	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	70,6	69,3	69,6	71,0	29,0	1 474	1

Note

DI : Données incomplètes, ne permettent pas de calculer adéquatement l'indice

s.o. : sans objet

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 18

Population

Musculosquelettique (170-171)

Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations hors de la région	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	46,4	53,5	84,2	63,6	36,4	11	37
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	66,7	33,3	63,0	32,0	68,0	25	-52
03	Québec	100,0	94,7	100,0	100,0	0,0	33	0
04	Mauricie et Centre-du-Québec	17,6	54,2	38,9	37,1	62,9	35	110
05	Estrie	71,4	69,2	71,4	52,4	47,6	21	-27
06	Montréal-Centre	99,4	98,4	99,3	99,3	0,7	142	0
07	Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	s.o.
08	Abitibi-Témiscamingue	60,0	75,0	0,0	27,3	72,7	11	-55
09	Côte-Nord	72,7	28,6	50,0	100,0	0,0	5	38
10	Nord-du-Québec	0,0	0,0	-	-	-	0	-
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	40,0	25,0	66,7	11,1	88,9	18	-72
12	Chaudière-Appalaches	40,0	23,8	44,0	38,5	61,5	26	-4
13	Laval	10,2	2,0	10,5	7,1	92,9	28	-30
14	Lanaudière	6,1	16,1	19,0	14,3	85,7	28	136
15	Laurentides	13,5	8,6	11,9	20,3	79,7	69	50
16	Montérégie	21,7	21,5	12,4	10,7	89,3	159	-51
17	Nunavik	-	-	-	-	-	0	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	0,0	-	-	-	-	0	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	54,3	52,2	53,1	43,9	56,1	617	-19

Note

DI : Données incomplètes, ne permettent pas de calculer adéquatement l'indice

s.o. : sans objet

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 19

Population

Peau (172-173)

Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région,
Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations hors de la région	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	77,8	63,0	69,2	87,5	12,5	8	13
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	88,2	96,0	96,0	88,0	12,0	25	0
03	Québec	90,3	92,5	97,8	100,0	0,0	52	11
04	Mauricie et Centre-du-Québec	59,6	65,8	55,3	60,5	39,5	38	2
05	Estrie	79,3	79,2	92,9	87,0	13,0	23	10
06	Montréal-Centre	100,0	98,8	98,8	99,4	0,6	163	-1
07	Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	s.o.
08	Abitibi-Témiscamingue	71,4	50,0	75,0	29,4	70,6	17	-59
09	Côte-Nord	50,0	68,4	40,0	37,5	62,5	8	-25
10	Nord-du-Québec	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	5	-
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	66,7	45,0	50,0	57,1	42,9	7	-14
12	Chaudière-Appalaches	65,5	77,3	56,5	50,0	50,0	16	-24
13	Laval	11,8	4,0	9,1	23,8	76,2	21	102
14	Lanaudière	33,3	19,2	36,4	15,6	84,4	32	-53
15	Laurentides	38,5	56,3	50,0	55,6	44,4	54	44
16	Montérégie	27,0	36,0	31,1	31,5	68,5	111	17
17	Nunavik	-	-	-	-	-	0	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	-	-	0,0	0,0	100,0	1	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	70,6	68,8	67,1	66,4	33,6	604	-6

Note

DI : Données incomplètes, ne permettent pas de calculer adéquatement l'indice

s.o. : sans objet

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 20

Population

Gynécologique (179-184)

Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations hors de la région	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	67,3	72,5	52,1	51,8	48,2	83	-23
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	95,5	100,0	97,9	99,2	0,8	125	4
03	Québec	99,3	99,6	99,1	100,0	0,0	259	1
04	Mauricie et Centre-du-Québec	59,3	62,4	63,6	53,2	46,8	188	-10
05	Estrie	91,9	95,9	96,7	93,2	6,8	118	1
06	Montréal-Centre	99,5	98,5	98,0	97,7	2,3	737	-2
07	Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	s.o.
08	Abitibi-Témiscamingue	67,2	78,9	78,4	83,1	16,9	71	24
09	Côte-Nord	32,6	45,0	51,7	60,0	40,0	40	84
10	Nord-du-Québec	60,0	0,0	0,0	40,0	60,0	10	-33
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	55,2	20,6	61,7	55,8	44,2	43	1
12	Chaudière-Appalaches	45,2	42,7	57,0	45,3	54,7	128	0
13	Laval	27,1	25,9	44,1	55,9	44,1	102	106
14	Lanaudière	34,9	45,6	45,7	47,3	52,7	146	35
15	Laurentides	14,6	38,4	46,3	47,7	52,3	153	227
16	Montérégie	32,9	40,3	55,2	55,2	44,8	395	68
17	Nunavik	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	3	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	0,0	0,0	-	-	-	0	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	68,3	71,5	74,5	75,3	24,7	2 672	10

Note

DI : Données incomplètes, ne permettent pas de calculer adéquatement l'indice

s.o. : sans objet

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 21

Population

Œil (190)

Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région,
Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations hors de la région	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	0,0	33,3	100,0	83,3	16,7	6	-
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	0,0	0,0	0,0	66,7	33,3	3	-
03	Québec	100,0	100,0	88,9	80,0	20,0	10	-20
04	Mauricie et Centre-du-Québec	16,7	0,0	0,0	25,0	75,0	4	50
05	Estrie	66,7	50,0	0,0	75,0	25,0	4	13
06	Montréal-Centre	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	27	0
07	Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	s.o.
08	Abitibi-Témiscamingue	-	0,0	53,8	75,0	25,0	8	-
09	Côte-Nord	-	-	0,0	0,0	100,0	1	-
10	Nord-du-Québec	-	0,0	-	-	-	0	-
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	0,0	0,0	-	0,0	100,0	1	-
12	Chaudière-Appalaches	0,0	-	0,0	0,0	100,0	8	-
13	Laval	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	5	-
14	Lanaudière	0,0	0,0	-	16,7	83,3	6	-
15	Laurentides	0,0	33,3	60,0	50,0	50,0	6	-
16	Montérégie	7,1	4,2	7,1	28,6	71,4	7	300
17	Nunavik	-	0,0	-	-	-	0	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	-	-	-	-	-	0	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	54,3	46,7	47,2	60,4	39,6	96	11

Note

DI : Données incomplètes, ne permettent pas de calculer adéquatement l'indice

s.o. : sans objet

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 22

Population

Système nerveux central (191-192)

Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations hors de la région	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	52,0	64,3	47,5	50,0	50,0	28	-4
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	72,5	91,1	92,7	83,7	16,3	43	15
03	Québec	98,9	99,1	95,7	98,8	1,2	82	0
04	Mauricie et Centre-du-Québec	48,0	58,3	76,6	52,9	47,1	85	10
05	Estrie	100,0	96,7	83,3	97,6	2,4	42	-2
06	Montréal-Centre	99,0	99,7	99,3	98,9	1,1	266	0
07	Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	s.o.
08	Abitibi-Témiscamingue	50,0	69,6	62,5	46,7	53,3	15	-7
09	Côte-Nord	69,6	23,5	50,0	50,0	50,0	16	-28
10	Nord-du-Québec	50,0	-	33,3	25,0	75,0	4	-50
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	57,1	76,2	27,6	47,4	52,6	19	-17
12	Chaudière-Appalaches	54,2	27,5	39,1	35,6	64,4	73	-34
13	Laval	14,3	13,5	22,4	5,3	94,7	75	-63
14	Lanaudière	14,3	25,0	36,2	39,7	60,3	58	178
15	Laurentides	27,0	35,4	31,2	33,3	66,7	105	23
16	Montérégie	35,1	35,1	39,6	42,9	57,1	217	22
17	Nunavik	100,0	100,0	-	33,3	66,7	3	-67
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	-	0,0	-	-	-	0	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	58,2	64,5	64,2	61,7	38,3	1 159	6

Note

DI : Données incomplètes, ne permettent pas de calculer adéquatement l'indice

s.o. : sans objet

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 23

Population

Endocrinien (193-194)

Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations hors de la région	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	57,1	80,0	63,6	73,0	27,0	37	28
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	87,0	75,0	87,2	94,7	5,3	38	9
03	Québec	100,0	98,0	96,0	91,9	8,1	62	-8
04	Mauricie et Centre-du-Québec	48,5	73,2	67,3	56,8	43,2	81	17
05	Estrie	100,0	96,3	87,5	80,0	20,0	25	-20
06	Montréal-Centre	99,5	97,9	94,9	97,5	2,5	276	-2
07	Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	s.o.
08	Abitibi-Témiscamingue	77,8	62,5	53,3	53,8	46,2	13	-31
09	Côte-Nord	81,8	66,7	100,0	50,0	50,0	10	-39
10	Nord-du-Québec	0,0	-	0,0	25,0	75,0	4	-
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	10,0	0,0	11,8	0,0	100,0	9	-100
12	Chaudière-Appalaches	42,9	26,9	46,9	29,2	70,8	24	-32
13	Laval	20,7	33,3	10,0	24,1	75,9	29	17
14	Lanaudière	40,6	27,7	30,2	42,1	57,9	38	4
15	Laurentides	15,0	12,2	36,6	31,6	68,4	57	111
16	Montérégie	27,8	27,6	29,7	29,7	70,3	185	7
17	Nunavik	-	-	-	0,0	100,0	1	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	-	-	-	0,0	100,0	2	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	65,0	65,1	63,9	64,9	35,1	914	0

Note

DI : Données incomplètes, ne permettent pas de calculer adéquatement l'indice

s.o. : sans objet

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 24

Population

Hématologique (200-208)

Indice de dépendance de la population pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations dans la région de résidence	Hospitalisations hors de la région	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	74,9	76,6	76,4	69,1	30,9	165	-8
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	88,8	83,0	88,1	82,7	17,3	220	-7
03	Québec	98,2	97,3	96,2	98,5	1,5	392	0
04	Mauricie et Centre-du-Québec	60,4	64,7	75,5	63,0	37,0	281	4
05	Estrie	94,3	89,6	90,1	93,1	6,9	248	-1
06	Montréal-Centre	99,4	98,8	99,0	98,4	1,6	1 180	-1
07	Outaouais	DI	Di	DI	DI	DI	DI	s.o.
08	Abitibi-Témiscamingue	69,1	74,1	68,7	75,6	24,4	82	9
09	Côte-Nord	61,0	53,4	64,9	58,3	41,7	60	-4
10	Nord-du-Québec	20,0	0,0	8,3	14,3	85,7	14	-29
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	42,1	46,6	38,0	28,7	71,3	122	-32
12	Chaudière-Appalaches	51,3	48,4	47,3	54,7	45,3	201	7
13	Laval	18,6	24,0	32,8	40,5	59,5	262	118
14	Lanaudière	31,3	41,0	30,3	40,1	59,9	227	28
15	Laurentides	41,5	51,3	43,9	47,3	52,7	262	14
16	Montérégie	40,6	33,7	49,4	51,1	48,9	830	26
17	Nunavik	-	-	-	0,0	100,0	1	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	69,7	69,5	71,1	71,6	28,4	4 677	3

Note

DI : Données incomplètes, ne permettent pas de calculer adéquatement l'indice

s.o. : sans objet

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 25

Ressource

Ensemble des tumeurs

Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents des autres régions	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	88,1	84,4	85,1	81,5	18,5	1 677	-7
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	95,6	96,1	95,8	95,9	4,1	2 249	0
03	Québec	66,7	67,5	69,9	68,9	31,1	7 371	3
04	Mauricie et Centre-du-Québec	97,5	98,2	97,2	97,8	2,2	3 184	0
05	Estrie	84,4	85,0	87,1	88,1	11,9	2 463	4
06	Montréal-Centre	62,5	63,2	63,1	64,5	35,5	23 077	3
07	Outaouais	98,7	98,5	98,7	99,0	1,0	1 874	0
08	Abitibi-Témiscamingue	95,3	94,5	95,4	95,3	4,7	1 041	0
09	Côte-Nord	99,5	99,8	99,8	99,6	0,4	523	0
10	Nord-du-Québec	81,8	89,7	92,1	73,5	26,5	49	-10
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	98,8	99,7	99,8	98,3	1,7	600	-1
12	Chaudière-Appalaches	93,2	93,7	93,6	94,2	5,8	1 710	1
13	Laval	63,0	64,2	66,6	67,6	32,4	1 641	7
14	Lanaudière	94,4	94,2	93,8	92,7	7,3	1 789	-2
15	Laurentides	89,5	88,1	88,1	86,4	13,6	2 806	-4
16	Montérégie	96,8	96,6	96,3	96,2	3,8	6 275	-1
17	Nunavik	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	11	0
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	4	0
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	76,1	76,9	77,6	78,2	21,8	58 344	3

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 26

Ressource

Digestif haut (150-152, 155-157)

Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région,
Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents des autres régions	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	98,4	97,7	92,2	91,8	8,2	122	-7
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	97,9	95,8	96,7	94,6	5,4	129	-3
03	Québec	72,8	72,5	74,2	73,0	27,0	460	0
04	Mauricie et Centre-du-Québec	98,3	97,9	99,6	97,4	2,6	189	-1
05	Estrie	80,7	83,0	89,5	92,6	7,4	148	15
06	Montréal-Centre	68,2	67,1	65,3	66,6	33,4	1 643	-2
07	Outaouais	98,9	98,2	95,9	99,2	0,8	121	0
08	Abitibi-Témiscamingue	97,9	96,6	95,8	98,8	1,2	85	1
09	Côte-Nord	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	52	0
10	Nord-du-Québec	100,0	100,0	66,7	66,7	33,3	3	-33
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	100,0	100,0	100,0	97,1	2,9	70	-3
12	Chaudière-Appalaches	96,5	91,7	90,4	92,2	7,8	179	-5
13	Laval	62,7	71,9	78,5	70,1	29,9	97	12
14	Lanaudière	91,9	94,3	98,1	95,1	4,9	144	4
15	**Laurentides**	**88,1**	**85,7**	**91,3**	**86,3**	**13,7**	**161**	**-2**
16	Montérégie	96,5	96,7	97,5	95,9	4,1	435	-1
17	Nunavik	-	-	-	100,0	0,0	1	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	-	-	100,0	-	-	0	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	80,7	79,8	80,5	80,2	19,8	4 039	-1

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 27

Ressource

Urologique (185-189)

Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents des autres régions	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	78,1	68,7	66,3	61,3	38,7	271	-22
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	95,5	95,6	92,9	96,1	3,9	206	1
03	Québec	69,1	71,4	77,7	79,1	20,9	762	15
04	Mauricie et Centre-du-Québec	98,6	97,7	98,1	96,8	3,2	403	-2
05	Estrie	91,7	94,5	91,4	94,9	5,1	254	3
06	Montréal-Centre	66,0	67,6	66,7	70,4	29,6	2 753	7
07	Outaouais	98,1	98,4	99,1	99,2	0,8	241	1
08	Abitibi-Témiscamingue	95,5	94,0	98,0	94,4	5,6	160	-1
09	Côte-Nord	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	20	0
10	Nord-du-Québec	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	1	-100
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	100,0	100,0	100,0	97,5	2,5	40	-3
12	Chaudière-Appalaches	90,4	89,9	96,0	92,3	7,7	194	2
13	Laval	59,7	59,9	59,6	59,1	40,9	259	-1
14	Lanaudière	96,3	94,6	93,7	91,1	8,9	257	-5
15	Laurentides	87,1	85,3	84,2	85,8	14,2	422	-1
16	Montérégie	96,1	95,4	95,6	97,2	2,8	793	1
17	Nunavik	-	-	-	100,0	0,0	3	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	-	100,0	-	100,0	0,0	1	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	78,3	78,3	79,1	80,8	19,2	7 040	3

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 28

Ressource

Poumon (162)

Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents des autres régions	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	83,2	83,5	85,0	81,4	18,6	247	-2
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	95,0	94,5	96,1	96,2	3,8	369	1
03	Québec	63,6	65,9	66,2	61,5	38,5	1 071	-3
04	Mauricie et Centre-du-Québec	98,4	98,7	98,0	98,8	1,2	504	0
05	Estrie	81,1	86,9	90,1	90,5	9,5	379	12
06	Montréal-Centre	66,3	68,4	67,3	67,3	32,7	2 696	1
07	Outaouais	99,3	99,3	98,7	99,0	1,0	298	0
08	Abitibi-Témiscamingue	97,0	95,8	93,3	95,6	4,4	158	-1
09	Côte-Nord	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	79	0
10	Nord-du-Québec	80,8	100,0	100,0	92,3	7,7	13	14
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	99,0	99,1	100,0	100,0	0,0	94	1
12	Chaudière-Appalaches	93,9	94,9	96,6	95,2	4,8	249	1
13	Laval	65,2	70,5	69,6	70,1	29,9	221	8
14	Lanaudière	96,5	97,1	95,6	94,3	5,7	314	-2
15	Laurentides	91,5	92,5	89,8	84,8	15,2	553	-7
16	Montérégie	96,6	97,4	97,9	97,4	2,6	856	1
17	Nunavik	100,0	-	100,0	-	-	0	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	-	100,0	100,0	-	-	0	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	78,6	80,7	80,6	80,2	19,8	8 101	2

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 29

Ressource

Sein chez la femme (174)

Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents des autres régions	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	96,6	92,7	93,8	93,2	6,8	133	-3
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	98,1	98,9	97,2	95,2	4,8	207	-3
03	Québec	71,5	71,6	77,2	77,2	22,8	732	8
04	Mauricie et Centre-du-Québec	98,9	97,5	96,1	98,3	1,7	234	-1
05	Estrie	86,3	88,7	94,3	90,2	9,8	183	5
06	Montréal-Centre	65,1	61,7	66,5	67,2	32,8	1 856	3
07	Outaouais	97,0	98,0	97,7	99,4	0,6	177	2
08	Abitibi-Témiscamingue	94,3	93,4	98,9	97,8	2,2	93	4
09	Côte-Nord	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	49	0
10	Nord-du-Québec	100,0	50,0	-	75,0	25,0	4	-25
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	77	0
12	Chaudière-Appalaches	94,3	96,8	94,9	95,7	4,3	163	1
13	Laval	63,6	72,1	70,9	73,9	26,1	161	16
14	Lanaudière	98,4	98,2	91,2	89,6	10,4	154	-9
15	Laurentides	90,2	87,5	84,0	87,2	12,8	313	-3
16	Montérégie	96,2	97,2	95,8	96,1	3,9	633	0
17	Nunavik	-	-	-	100,0	0,0	1	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	-	-	-	100,0	0,0	1	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	79,7	78,2	81,3	81,6	18,4	5 171	2

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 30

Ressource

Côlon-rectum (153-154)

Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents des autres régions	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	94,4	94,4	91,7	90,9	9,1	209	-4
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	96,7	96,2	97,6	96,8	3,2	250	0
03	Québec	79,2	82,0	81,6	79,7	20,3	620	1
04	Mauricie et Centre-du-Québec	98,2	99,3	96,2	98,1	1,9	474	0
05	Estrie	92,2	93,7	94,4	92,8	7,2	278	1
06	Montréal-Centre	75,0	75,9	76,8	78,5	21,5	2 139	5
07	Outaouais	99,5	99,0	100,0	100,0	0,0	246	0
08	Abitibi-Témiscamingue	97,2	97,2	96,1	93,0	7,0	129	-4
09	Côte-Nord	98,3	97,6	98,6	98,6	1,4	71	0
10	Nord-du-Québec	80,0	100,0	100,0	61,5	38,5	13	-23
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	98,6	100,0	100,0	98,8	1,2	85	0
12	Chaudière-Appalaches	94,8	98,4	94,0	96,0	4,0	276	1
13	Laval	74,8	66,9	76,0	77,2	22,8	219	3
14	Lanaudière	96,1	89,8	93,2	91,8	8,2	220	-4
15	**Laurentides**	**87,8**	**88,4**	**89,5**	**87,2**	**12,8**	**383**	**-1**
16	Montérégie	98,3	98,1	97,2	95,4	4,6	828	-3
17	Nunavik	-	-	100,0	-	-	0	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	-	-	-	100,0	0,0	2	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	86,0	86,7	87,0	87,2	12,8	6 442	1

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 31

Ressource

Sphère ORL (140-149, 160-161)

Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents des autres régions	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	87,2	87,5	97,0	78,3	21,7	23	-10
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	90,3	89,7	89,2	95,6	4,4	45	6
03	Québec	56,7	52,5	54,7	60,9	39,1	271	7
04	Mauricie et Centre-du-Québec	94,5	96,9	89,1	98,7	1,3	76	4
05	Estrie	75,8	67,1	76,3	71,4	28,6	56	-6
06	Montréal-Centre	60,6	60,0	61,2	59,4	40,6	655	-2
07	Outaouais	100,0	97,0	100,0	98,8	1,2	84	-1
08	Abitibi-Témiscamingue	100,0	92,9	100,0	100,0	0,0	14	0
09	Côte-Nord	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	15	0
10	Nord-du-Québec	100,0	100,0	50,0	-	-	0	-
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	91,7	100,0	100,0	85,7	14,3	7	-6
12	Chaudière-Appalaches	89,4	97,2	95,8	100,0	0,0	23	12
13	Laval	81,3	42,1	40,0	66,7	33,3	30	-18
14	Lanaudière	95,9	97,4	93,3	97,1	2,9	34	1
15	Laurentides	98,3	88,9	89,8	71,4	28,6	56	-27
16	Montérégie	94,1	96,2	97,4	97,6	2,4	85	4
17	Nunavik	-	-	-	-	-	0	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	-	-	-	-	-	0	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	70,6	69,3	69,6	71,0	29,0	1 474	1

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 32

Ressource

Musculosquelettique (170-171)

Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents des autres régions	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	92,9	69,7	94,1	100,0	0,0	7	8
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	94,7	88,9	89,5	100,0	0,0	8	6
03	Québec	45,6	41,4	45,6	39,3	60,7	84	-14
04	Mauricie et Centre-du-Québec	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	13	0
05	Estrie	78,9	100,0	66,7	73,3	26,7	15	-7
06	Montréal-Centre	44,0	42,8	40,3	32,9	67,1	429	-25
07	Outaouais	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	1	0
08	Abitibi-Témiscamingue	60,0	100,0	-	100,0	0,0	3	67
09	Côte-Nord	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	5	0
10	Nord-du-Québec	-	-	-	-	-	0	-
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	2	0
12	Chaudière-Appalaches	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	10	0
13	Laval	100,0	33,3	100,0	100,0	0,0	2	0
14	Lanaudière	100,0	100,0	100,0	80,0	20,0	3	-20
15	Laurentides	71,4	100,0	88,9	87,5	12,5	16	23
16	Montérégie	100,0	90,9	100,0	100,0	0,0	17	0
17	Nunavik	-	-	-	-	-	0	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	-	-	-	-	-	0	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	54,3	52,2	53,1	43,9	56,1	617	-19

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 33

Ressource

Peau (172-173)

Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents des autres régions	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	95,5	89,5	100,0	87,5	12,5	8	-8
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	95,7	88,9	100,0	91,7	8,3	24	-4
03	Québec	60,9	50,0	62,5	71,2	28,8	73	17
04	Mauricie et Centre-du-Québec	96,6	92,6	100,0	92,0	8,0	25	-5
05	Estrie	82,1	79,2	86,7	83,3	16,7	24	1
06	Montréal-Centre	58,4	56,2	52,4	49,1	50,9	330	-16
07	Outaouais	100,0	100,0	91,7	90,9	9,1	22	-9
08	Abitibi-Témiscamingue	100,0	100,0	50,0	100,0	0,0	5	0
09	Côte-Nord	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	3	0
10	Nord-du-Québec	-	-	-	-	-	0	-
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	4	0
12	Chaudière-Appalaches	94,7	89,5	92,9	100,0	0,0	8	6
13	Laval	100,0	50,0	40,0	62,5	37,5	8	-38
14	Lanaudière	100,0	71,4	100,0	100,0	0,0	5	0
15	Laurentides	100,0	75,0	88,2	100,0	0,0	30	0
16	Montérégie	97,1	100,0	100,0	100,0	0,0	35	3
17	Nunavik	-	-	-	-	-	0	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	-	-	-	-	-	0	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	70,6	68,8	67,1	66,4	33,6	604	-6

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 34

Ressource

Gynécologique (179-184)

Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région,
Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents des autres régions	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	93,3	83,5	87,7	93,5	6,5	46	0
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	91,3	97,1	97,9	93,9	6,1	132	3
03	Québec	60,1	54,4	55,3	58,1	41,9	446	-3
04	Mauricie et Centre-du-Québec	97,2	98,4	96,9	98,0	2,0	102	1
05	Estrie	86,5	81,2	89,2	78,6	21,4	140	-9
06	Montréal-Centre	56,3	60,4	63,0	65,1	34,9	1 106	16
07	Outaouais	100,0	98,4	95,3	97,2	2,8	72	-3
08	Abitibi-Témiscamingue	97,5	94,9	97,6	95,2	4,8	62	-2
09	Côte-Nord	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	24	0
10	Nord-du-Québec	100,0	-	-	100,0	0,0	4	0
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	24	0
12	Chaudière-Appalaches	96,3	91,8	97,2	93,5	6,5	62	-3
13	Laval	75,0	52,5	70,3	80,3	19,7	71	7
14	Lanaudière	94,4	91,2	93,7	90,8	9,2	76	-4
15	**Laurentides**	**85,3**	**85,7**	**95,0**	**92,4**	**7,6**	**79**	**8**
16	Montérégie	99,5	98,0	97,2	96,5	3,5	226	-3
17	Nunavik	-	-	100,0	-	-	0	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	-	-	-	-	-	0	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	68,3	71,5	74,5	75,3	24,7	2 672	10

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 35

Ressource

Œil (190)

Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région,
Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents des autres régions	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	5	-
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	-	-	-	100,0	0,0	2	-
03	Québec	28,6	50,0	57,1	42,1	57,9	19	47
04	Mauricie et Centre-du-Québec	100,0	-	-	100,0	0,0	1	0
05	Estrie	100,0	66,7	-	100,0	0,0	3	0
06	Montréal-Centre	60,3	41,3	28,9	50,0	50,0	54	-17
07	Outaouais	-	-	-	-	-	0	-
08	Abitibi-Témiscamingue	-	-	100,0	100,0	0,0	6	-
09	Côte-Nord	-	-	-	-	-	0	-
10	Nord-du-Québec	-	-	-	-	-	0	-
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	-	-	-	-	-	0	-
12	Chaudière-Appalaches	-	-	-	-	-	0	-
13	Laval	-	-	-	-	-	0	-
14	Lanaudière	-	-	-	100,0	0,0	1	-
15	**Laurentides**	-	100,0	100,0	100,0	0,0	3	-
16	Montérégie	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	2	0
17	Nunavik	-	-	-	-	-	0	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	-	-	-	-	-	0	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	54,3	46,7	47,2	60,4	39,6	96	11

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 36

Ressource

Système nerveux central (191-192)

Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région, Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents des autres régions	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	96,3	100,0	90,5	77,8	22,2	18	-19
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	97,4	100,0	90,5	83,7	16,3	43	-14
03	Québec	64,5	58,8	51,5	53,3	46,7	152	-17
04	Mauricie et Centre-du-Québec	94,2	100,0	98,8	95,7	4,3	47	2
05	Estrie	60,8	65,6	65,2	70,7	29,3	58	16
06	Montréal-Centre	33,5	46,6	47,6	44,4	55,6	592	33
07	Outaouais	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	28	0
08	Abitibi-Témiscamingue	95,0	94,1	88,2	87,5	12,5	8	-8
09	Côte-Nord	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	8	0
10	Nord-du-Québec	100,0	-	100,0	100,0	0,0	1	0
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	100,0	100,0	100,0	81,8	18,2	11	-18
12	Chaudière-Appalaches	97,0	100,0	90,0	100,0	0,0	26	3
13	Laval	87,5	77,8	95,7	50,0	50,0	8	-43
14	Lanaudière	90,0	100,0	86,2	100,0	0,0	23	11
15	**Laurentides**	**95,2**	**95,8**	**87,9**	**87,5**	**12,5**	**40**	**-8**
16	Montérégie	97,8	97,7	95,3	97,9	2,1	95	0
17	Nunavik	100,0	100,0	-	100,0	0,0	1	0
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	-	-	-	-	-	0	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	58,2	64,5	64,2	61,7	38,3	1 159	6

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 37

Ressource

Endocrinien (193-194)

Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région,
Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents des autres régions	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	57,1	44,4	77,8	90,0	10,0	30	58
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	100,0	100,0	97,6	97,3	2,7	37	-3
03	Québec	58,3	66,7	57,1	55,9	44,1	102	-4
04	Mauricie et Centre-du-Québec	100,0	96,8	84,1	100,0	0,0	46	0
05	Estrie	58,7	59,1	48,3	74,1	25,9	27	26
06	Montréal-Centre	53,6	51,7	50,7	52,7	47,3	510	-2
07	Outaouais	100,0	100,0	100,0	95,7	4,3	23	-4
08	Abitibi-Témiscamingue	100,0	100,0	100,0	70,0	30,0	10	-30
09	Côte-Nord	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	5	0
10	Nord-du-Québec	-	-	-	100,0	0,0	1	-
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	100,0	-	100,0	-	-	0	-
12	Chaudière-Appalaches	70,6	100,0	88,2	70,0	30,0	10	-1
13	Laval	50,0	55,6	30,0	36,8	63,2	19	-26
14	Lanaudière	100,0	92,9	86,4	94,1	5,9	17	-6
15	**Laurentides**	100,0	100,0	83,3	100,0	0,0	18	0
16	Montérégie	96,8	94,1	95,0	93,2	6,8	59	-4
17	Nunavik	-	-	-	-	-	0	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	-	-	-	-	-	0	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	65,0	65,1	63,9	64,9	35,1	914	0

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 38

Ressource

Hématologique (200-208)

Indice de dépendance de la ressource pour les hospitalisations, selon la région,
Québec, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 1999-2000

		1994-1995	1996-1997	1998-1999	1999-2000			
		Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents de la région	Hospitalisations des résidents des autres régions	Total	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
		%	%	%	%	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	82,5	81,1	78,4	65,5	34,5	174	-21
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	96,2	98,6	95,2	96,3	3,7	189	0
03	Québec	60,7	65,7	68,0	65,3	34,7	591	8
04	Mauricie et Centre-du-Québec	97,8	99,5	100,0	97,3	2,7	182	-1
05	Estrie	80,6	82,9	81,1	86,2	13,8	268	7
06	Montréal-Centre	53,6	53,8	55,9	55,7	44,3	2 086	4
07	Outaouais	98,5	93,9	100,0	100,0	0,0	110	1
08	Abitibi-Témiscamingue	91,8	95,5	95,8	96,9	3,1	64	6
09	Côte-Nord	98,0	100,0	100,0	97,2	2,8	36	-1
10	Nord-du-Québec	100,0	-	50,0	66,7	33,3	3	-33
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	100,0	97,6	100,0	100,0	0,0	35	0
12	Chaudière-Appalaches	95,3	89,1	86,7	94,8	5,2	116	0
13	Laval	72,2	64,6	71,9	69,3	30,7	153	-4
14	Lanaudière	94,4	100,0	94,7	100,0	0,0	91	6
15	**Laurentides**	**92,9**	**91,4**	**88,8**	**88,6**	**11,4**	**140**	**-5**
16	Montérégie	96,4	96,0	97,3	96,6	3,4	439	0
17	Nunavik	-	-	-	-	-	0	-
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	-	-	-	-	-	0	-
	ENSEMBLE DES RÉGIONS	69,7	69,5	71,1	71,6	28,4	4 677	3

Source : Fichiers APR-DRG, MSSS, 1994-2000

Tableau 39

Hospitalisations et chirurgies d'un jour pour le cancer urologique (CIM-9 185 à 189) dans les CHSGS[1], région des Laurentides, 1999-2000

1. Hopitalisations en chirurgie et médecine selon le territoire local de résidence et le CHSGS de l'hospitalisation

Nom CHSGS	CH-CR AL								
Territoire local de résidence	ANNONC	MT-LAUR	CHL	CHSE	CLSC-HA	HDSJ	**Total**	AUTRES RÉG.	Total
Antoine-Labelle	1	6	0	1	0	5	**13**	24	37
Argenteuil	0	0	0	0	19	22	**41**	5	46
Deux-Montagnes/Mirabel	0	0	0	39	1	0	**40**	47	87
La Rivière-du-Nord/Mirabel	0	0	0	1	0	115	**116**	7	123
Les Laurentides	0	0	15	0	0	33	**48**	11	59
Les Pays-d'en-Haut	0	0	4	0	1	43	**48**	18	66
Thérèse-De Blainville	0	0	0	8	0	52	**60**	47	107
Total des résidants région 15	**1**	**6**	**19**	**49**	**21**	**270**	**366**	159	525
Résidants autres régions	0	1	1	9	0	50	61	0	61
Total	1	7	20	58	21	320	427	159	586

2. Hopitalisations en médecine selon le territoire local de résidence et le CHSGS de l'hospitalisation

Nom CHSGS	CH-CR AL								
Territoire local de résidence	ANNONC	MT-LAUR	CHL	CHSE	CLSC-HA	HDSJ	**Total**	AUTRES RÉG.	Total
Antoine-Labelle	1	6	0	1	0	0	**8**	4	12
Argenteuil	0	0	0	0	10	1	**11**	2	13
Deux-Montagnes/Mirabel	0	0	0	16	0	0	**16**	5	21
La Rivière-du-Nord/Mirabel	0	0	0	0	0	22	**22**	2	24
Les Laurentides	0	0	15	0	0	4	**19**	1	20
Les Pays-d'en-Haut	0	0	3	0	0	8	**11**	2	13
Thérèse-De Blainville	0	0	0	3	0	8	**11**	12	23
Total des résidants région 15	**1**	**6**	**18**	**20**	**10**	**43**	**98**	28	126
Résidants autres régions	0	1	1	1	0	13	16	0	16
Total	1	7	19	21	10	56	114	28	142

1. Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.
Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 1999-2000

Tableau 39 (suite)

Hospitalisations et chirurgies d'un jour pour le cancer urologique (CIM-9 185 à 189) dans les CHSGS[1], région des Laurentides, 1999-2000

3. Hopitalisations en chirurgie selon le territoire local de résidence et le CHSGS de l'hospitalisation

Nom CHSGS	CH-CR AL								
Territoire local de résidence	ANNONC	MT-LAUR	CHL	CHSE	CLSC-HA	HDSJ	**Total**	AUTRES RÉG.	Total
Antoine-Labelle	0	0	0	0	0	5	**5**	20	25
Argenteuil	0	0	0	0	9	21	**30**	3	33
Deux-Montagnes/Mirabel	0	0	0	23	1	0	**24**	42	66
La Rivière-du-Nord/Mirabel	0	0	0	1	0	93	**94**	5	99
Les Laurentides	0	0	0	0	0	29	**29**	10	39
Les Pays-d'en-Haut	0	0	1	0	1	35	**37**	16	53
Thérèse-De Blainville	0	0	0	5	0	44	**49**	35	84
Total des résidants région 15	**0**	**0**	**1**	**29**	**11**	**227**	**268**	131	399
Résidants autres régions	0	0	0	8	0	37	45	0	45
Total	0	0	1	37	11	264	313	131	444

4. Chirurgies d'un jour selon le territoire local de résidence et le CHSGS de l'hospitalisation

Nom CHSGS	CH-CR AL								
Territoire local de résidence	ANNONC	MT-LAUR	CHL	CHSE	CLSC-HA	HDSJ	**Total**	AUTRES RÉG.	Total
Antoine-Labelle	0	0	0	0	0	0	**0**	3	3
Argenteuil	0	0	0	0	4	7	**11**	0	11
Deux-Montagnes/Mirabel	0	0	0	22	0	1	**23**	5	28
La Rivière-du-Nord/Mirabel	0	0	0	4	0	25	**29**	1	30
Les Laurentides	0	0	0	0	0	29	**29**	2	31
Les Pays-d'en-Haut	0	0	0	0	0	5	**5**	1	6
Thérèse-De Blainville	0	0	0	2	0	22	**24**	5	29
Total des résidants région 15	**0**	**0**	**0**	**28**	**4**	**89**	**121**	17	138
Résidants autres régions	0	0	0	4	1	17	22	0	22
Total	0	0	0	32	5	106	143	17	160

5. Individus de la région ayant été hospitalisés ou ayant eu une chirurgie d'un jour selon le territoire local de résidence et le groupe d'âge

Nom CHSGS	Groupe d'âge					
Territoire local de résidence	0-14 ans	15-19 ans	20-49 ans	50-69 ans	70 et +	**Total**
Antoine-Labelle	0	0	2	16	14	**32**
Argenteuil	0	0	1	22	21	**44**
Deux-Montagnes/Mirabel	1	0	12	46	28	**87**
La Rivière-du-Nord/Mirabel	0	0	9	66	48	**123**
Les Laurentides	0	0	4	35	36	**75**
Les Pays-d'en-Haut	0	0	3	25	27	**55**
Thérèse-De Blainville	0	2	11	63	33	**109**
Total	**1**	**2**	**42**	**273**	**207**	**525**

1. Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 1999-2000

Tableau 40

Hospitalisations et chirurgies d'un jour pour le cancer pulmonaire (CIM-9 162, 163 et 165) dans les CHSGS[1], région des Laurentides, 1999-2000

1. Hopitalisations en chirurgie et médecine selon le territoire local de résidence et le CHSGS de l'hospitalisation

Nom CHSGS	CH-CR AL								
Territoire local de résidence	ANNONC	MT-LAUR	CHL	CHSE	CLSC-HA	HDSJ	**Total**	AUTRES RÉG	Total
Antoine-Labelle	11	33	0	0	0	2	**46**	28	74
Argenteuil	0	0	0	0	46	20	**66**	6	72
Deux-Montagnes/Mirabel	0	0	0	74	0	6	**80**	40	120
La Rivière-du-Nord/Mirabel	0	0	0	2	0	128	**130**	7	137
Les Laurentides	0	0	29	0	0	19	**48**	10	58
Les Pays-d'en-Haut	0	0	10	0	1	31	**42**	5	47
Thérèse-De Blainville	0	0	0	17	1	64	**82**	52	134
Total des résidants région 15	**11**	**33**	**39**	**93**	**48**	**270**	**494**	148	642
Résidants autres régions	0	0	13	15	1	59	88	0	88
Total	11	33	52	108	49	329	582	148	730

2. Hopitalisations en médecine selon le territoire local de résidence et le CHSGS de l'hospitalisation

Nom CHSGS	CH-CR AL								
Territoire local de résidence	ANNONC	MT-LAUR	CHL	CHSE	CLSC-HA	HDSJ	**Total**	AUTRES RÉG	Total
Antoine-Labelle	11	33	0	0	0	1	**45**	11	56
Argenteuil	0	0	0	0	42	8	**50**	2	52
Deux-Montagnes/Mirabel	0	0	0	70	0	5	**75**	13	88
La Rivière-du-Nord/Mirabel	0	0	0	2	0	75	**77**	1	78
Les Laurentides	0	0	28	0	0	6	**34**	7	41
Les Pays-d'en-Haut	0	0	8	0	1	16	**25**	1	26
Thérèse-De Blainville	0	0	0	16	1	46	**63**	32	95
Total des résidants région 15	**11**	**33**	**36**	**88**	**44**	**157**	**369**	67	436
Résidants autres régions	0	0	13	15	1	32	61	0	61
Total	11	33	49	103	45	189	430	67	497

1. Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.
Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 1999-2000

Tableau 40 (suite)

Hospitalisations et chirurgies d'un jour pour le cancer pulmonaire (CIM-9 162, 163 et 165) dans les CHSGS[1], région des Laurentides, 1999-2000

3. Hopitalisations en chirurgie selon le territoire local de résidence et le CHSGS de l'hospitalisation

Nom CHSGS	CH-CR AL								
Territoire local de résidence	ANNONC	MT-LAUR	CHL	CHSE	CLSC-HA	HDSJ	Total	AUTRES RÉG	Total
Antoine-Labelle	0	0	0	0	0	1	1	17	18
Argenteuil	0	0	0	0	4	12	16	4	20
Deux-Montagnes/Mirabel	0	0	0	4	0	1	5	27	32
La Rivière-du-Nord/Mirabel	0	0	0	0	0	53	53	6	59
Les Laurentides	0	0	1	0	0	13	14	3	17
Les Pays-d'en-Haut	0	0	2	0	0	15	17	4	21
Thérèse-De Blainville	0	0	0	1	0	18	19	20	39
Total des résidants région 15	**0**	**0**	**3**	**5**	**4**	**113**	**125**	**81**	**206**
Résidants autres régions	0	0	0	0	0	27	27	0	27
Total	0	0	3	5	4	140	152	81	233

4. Chirurgies d'un jour selon le territoire local de résidence et le CHSGS de l'hospitalisation

Nom CHSGS	CH-CR AL								
Territoire local de résidence	ANNONC	MT-LAUR	CHL	CHSE	CLSC-HA	HDSJ	Total	AUTRES RÉG	Total
Antoine-Labelle	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Argenteuil	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Deux-Montagnes/Mirabel	0	0	0	0	0	0	0	15	15
La Rivière-du-Nord/Mirabel	0	0	0	0	0	8	8	1	9
Les Laurentides	0	0	1	0	0	3	4	1	5
Les Pays-d'en-Haut	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thérèse-De Blainville	0	0	0	0	0	0	0	7	7
Total des résidants région 15	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**11**	**12**	**26**	**38**
Résidants autres régions	0	0	0	0	0	1	2	0	2
Total	0	0	1	0	0	12	14	26	40

5. Individus de la région ayant été hospitalisés ou ayant eu une chirurgie d'un jour selon le territoire local de résidence et le groupe d'âge

Nom CHSGS	Groupe d'âge					
Territoire local de résidence	0-14 ans	15-19 ans	20-49 ans	50-69 ans	70 ans et +	Total
Antoine-Labelle	0	0	6	26	17	49
Argenteuil	0	0	3	19	20	42
Deux-Montagnes/Mirabel	0	0	12	47	31	90
La Rivière-du-Nord/Mirabel	0	0	10	55	40	105
Les Laurentides	0	0	7	16	16	39
Les Pays-d'en-Haut	0	0	2	17	19	38
Thérèse-De Blainville	0	0	10	57	29	96
Total	**0**	**0**	**50**	**237**	**172**	**459**

1. Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.
Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 1999-2000

Tableau 41

Hospitalisations et chirurgies d'un jour pour le cancer du sein (CIM-9 174) dans les CHSGS[1], région des Laurentides, 1999-2000

1. Hopitalisations en chirurgie et médecine selon le territoire local de résidence et le CHSGS de l'hospitalisation

Nom CHSGS	CH-CR AL								
Territoire local de résidence	ANNONC	MT-LAUR	CHL	CHSE	CLSC-HA	HDSJ	**Total**	AUTRES RÉG.	Total
Antoine-Labelle	2	38	1	0	0	1	**42**	5	47
Argenteuil	0	0	0	2	18	3	**23**	4	27
Deux-Montagnes/Mirabel	0	0	0	45	1	1	**47**	19	66
La Rivière-du-Nord/Mirabel	0	0	1	2	0	74	**77**	11	88
Les Laurentides	1	1	30	0	0	0	**32**	13	45
Les Pays-d'en-Haut	0	0	14	2	0	5	**21**	7	28
Thérèse-De Blainville	0	0	1	15	0	19	**35**	43	78
Total des résidants région 15	**3**	**39**	**47**	**66**	**19**	**103**	**277**	102	379
Résidants autres régions	0	0	1	22	0	18	41	0	41
Total	3	39	48	88	19	121	318	102	420

2. Hopitalisations en médecine selon le territoire local de résidence et le CHSGS de l'hospitalisation

Nom CHSGS	CH-CR AL								
Territoire local de résidence	ANNONC	MT-LAUR	CHL	CHSE	CLSC-HA	HDSJ	**Total**	AUTRES RÉG.	Total
Antoine-Labelle	2	11	0	0	0	0	**13**	1	14
Argenteuil	0	0	0	0	6	0	**6**	0	6
Deux-Montagnes/Mirabel	0	0	0	4	0	0	**4**	5	9
La Rivière-du-Nord/Mirabel	0	0	0	0	0	17	**17**	4	21
Les Laurentides	1	0	10	0	0	0	**11**	6	17
Les Pays-d'en-Haut	0	0	2	0	0	1	**3**	0	3
Thérèse-De Blainville	0	0	0	2	0	4	**6**	13	19
Total des résidants région 15	**3**	**11**	**12**	**6**	**6**	**22**	**60**	29	89
Résidants autres régions	0	0	0	6	0	2	8	0	8
Total	3	11	12	12	6	24	68	29	97

1. Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 1999-2000

Tableau 41 (suite)

Hospitalisations et chirurgies d'un jour pour le cancer du sein (CIM-9 174) dans les CHSGS[1], région des Laurentides, 1999-2000

3. Hopitalisations en chirurgie selon le territoire local de résidence et le CHSGS de l'hospitalisation

Nom CHSGS	CH-CR AL								
Territoire local de résidence	ANNONC	MT-LAUR	CHL	CHSE	CLSC-HA	HDSJ	**Total**	AUTRES RÉG.	Total
Antoine-Labelle	0	27	1	0	0	1	**29**	4	33
Argenteuil	0	0	0	2	12	3	**17**	4	21
Deux-Montagnes/Mirabel	0	0	0	41	1	1	**43**	14	57
La Rivière-du-Nord/Mirabel	0	0	1	2	0	57	**60**	7	67
Les Laurentides	0	1	20	0	0	0	**21**	7	28
Les Pays-d'en-Haut	0	0	12	2	0	4	**18**	7	25
Thérèse-De Blainville	0	0	1	13	0	15	**29**	30	59
Total des résidants région 15	**0**	**28**	**35**	**60**	**13**	**81**	**217**	73	290
Résidants autres régions	0	0	1	16	0	16	33	0	33
Total	0	28	36	76	13	97	250	73	323

4. Chirurgies d'un jour selon le territoire local de résidence et le CHSGS de l'hospitalisation

Nom CHSGS	CH-CR AL								
Territoire local de résidence	ANNONC	MT-LAUR	CHL	CHSE	CLSC-HA	HDSJ	**Total**	AUTRES RÉG.	Total
Antoine-Labelle	0	20	1	0	0	0	**21**	2	23
Argenteuil	0	0	0	0	4	1	**5**	3	8
Deux-Montagnes/Mirabel	0	0	0	6	0	2	**8**	8	16
La Rivière-du-Nord/Mirabel	0	0	0	1	0	36	**37**	7	44
Les Laurentides	0	1	20	0	0	0	**21**	8	29
Les Pays-d'en-Haut	0	0	14	0	0	1	**15**	7	22
Thérèse-De Blainville	0	0	0	3	0	10	**13**	22	35
Total des résidants région 15	**0**	**21**	**35**	**10**	**4**	**50**	**120**	57	177
Résidants autres régions	0	0	3	3	0	14	20	0	20
Total	0	21	38	13	4	64	140	57	197

5. Individus de la région ayant été hospitalisés ou ayant eu une chirurgie d'un jour selon le territoire local de résidence et le groupe d'âge

	Groupe d'âge					
Territoire local de résidence	0-14 ans	15-19 ans	20-49 ans	50-69 ans	70 ans et +	**Total**
Antoine-Labelle	0	0	10	26	10	**46**
Argenteuil	0	0	5	16	8	**29**
Deux-Montagnes/Mirabel	0	0	25	33	14	**72**
La Rivière-du-Nord/Mirabel	0	0	23	49	22	**94**
Les Laurentides	0	0	6	30	18	**54**
Les Pays-d'en-Haut	0	0	11	21	6	**38**
Thérèse-De Blainville	0	0	29	45	16	**90**
Total	**0**	**0**	**109**	**220**	**94**	**423**

1. Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.
Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 1999-2000

Tableau 42

Individus de tous les âges et enfants (0-17 ans) ayant été hospitalisés ou ayant eu une chirurgie d'un jour pour cancer (CIM-9 140 à 208) dans les CHSGS[1], région des Laurentides, 1999-2000

1. Individus de tous les âges ayant été hospitalisés ou ayant eu une chirurgie d'un jour selon le territoire local de résidence et le siège de cancer

	Siège de cancer														
Territoire local de résidence	ORL	Digest. haut	Digest. bas	Pulmon.	Musculo-squel.	Mélan-ome	Sein	Gyn.	Uro.	Œil	Neuro.	Endo.	Hémato.	Autre siège	**Total**
Antoine-Labelle	10	17	32	49	3	3	46	9	32	0	3	4	21	35	**264**
Argenteuil	7	14	28	42	5	3	29	9	44	1	5	3	14	32	**236**
Deux-Montagnes/Mirabel	16	25	69	90	1	3	72	12	87	2	9	5	36	89	**516**
La Rivière-du-Nord/Mirabel	17	36	81	105	4	9	94	34	123	1	14	10	43	70	**641**
Les Laurentides	12	23	41	39	2	2	54	12	75	0	3	3	22	46	**334**
Les Pays-d'en-Haut	5	19	45	38	2	4	38	7	55	0	5	3	18	29	**268**
Thérèse-De Blainville	19	37	60	96	6	7	90	33	109	2	23	15	38	69	**604**
Total	**86**	**171**	**356**	**459**	**23**	**31**	**423**	**116**	**525**	**6**	**62**	**43**	**192**	**370**	**2863**

2. Enfants (0-17 ans) ayant été hospitalisés ou ayant eu une chirurgie d'un jour selon le territoire local de résidence et le siège de cancer

	Siège de cancer														
Territoire local de résidence	ORL	Digest. haut	Digest. bas	Pulmon.	Musculo-squel.	Mélan-ome	Sein	Gyn.	Uro.	Œil	Neuro.	Endo.	Hémato.	Autre siège	**Total**
Antoine-Labelle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	**2**
Argenteuil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	**2**
Deux-Montagnes/Mirabel	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	3	0	**6**
La Rivière-du-Nord/Mirabel	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	0	5	2	**12**
Les Laurentides	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	**1**
Les Pays-d'en-Haut	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**1**
Thérèse-De Blainville	0	0	0	0	2	0	0	0	2	1	2	2	4	0	**13**
Total	**0**	**0**	**0**	**0**	**5**	**0**	**0**	**1**	**3**	**2**	**6**	**3**	**15**	**2**	**37**

1. Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

Source : Fichier APR-DRG, MSSS, 1999-2000

Note au lecteur: La mise en page de ce tableau a été adapté par la RRL. Les données inscrites sont intégrales aux données transmises par le MSSS

Tableau 43

Nombre

Patients différents traités en radio-oncologie selon les données de la RAMQ 2000
Centre de radio-oncologie

Région sociosanitaire de provenance	Province	CUSM	Chicoutimi	CHUS	HND	HGJ	HMR	HDM	HRV	HDQ	Ontario	Gatineau	CHRR	CHTR
1 Bas St-Laurent	521		1	1	2		2			127			387	1
2 Saguenay/Lac-St-Jean	601	2	579	1	6		1	1	2	8		1		
3 Québec	1556	2	6	1	7		2	1	1	1520		1	1	14
4 Mauricie-Bois-Francs	1124	5	3	151	35	4	29	3	1	87			1	805
5 Estrie	646	7		617	3		5	1		13				
6 Montréal-Centre	4619	1040	2	16	930	651	1286	336	322	18		4	1	13
7 Outaouais	693	9			2		3		3	4	94	578		
8 Abitibi-Témiscamingue	200	13		3	37	4	37	7	1	6	1	90		1
9 Côte-Nord	181	5	24	4	5		5	2		63		2	68	3
10 Nord-du-Québec	32		18		5		3			4		2		
11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	218	7			7		8	2	1	48			144	1
12 Chaudière-Appalaches	757	4	1	50	1	1	3		1	687				9
13 Laval	769	62		1	87	63	482	44	22			3		5
14 Lanaudière	791	29		5	133	6	549	46	6	2				15
15 Laurentides	900	73		1	211	28	379	147	31	1	3	18	2	6
16 Montérégie	2451	315	2	249	894	91	457	319	93	2		9	3	17
17 Kativik	17	14							3					
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	10	5				1			3		1			
99 Inconnue ou extérieur du Québec	80	6	1	6	19	5	11	7	2	13	1	3	2	4
Total	16166	1598	637	1106	2384	854	3262	916	492	2603	100	711	609	894

Source : Données fournies par François Grenier, Centre de coordination de radio-oncologie. Données en provenance de la RAMQ.

Tableau 44

Taux %

Patients différents traités en radio-oncologie selon les données de la RAMQ 2000
Centre de radio-oncologie

Région sociosanitaire de provenance	Province	CUSM	Chicoutimi	CHUS	HND	HGJ	HMR	HDM	HRV	HDQ	Ontario	Gatineau	CHRR	CHTR
1 Bas St-Laurent	3%		0%	0%	0%		0%			5%			64%	0%
2 Saguenay/Lac-St-Jean	4%	0%	91%	0%	0%		0%	0%	0%	0%		0%		
3 Québec	10%	0%	1%	0%	0%		0%	0%	0%	58%		0%	0%	2%
4 Mauricie-Bois-Francs	7%	0%	0%	14%	1%	0%	1%	0%	0%	3%			0%	90%
5 Estrie	4%	0%		56%	0%		0%	0%		0%				
6 Montréal-Centre	29%	65%	0%	1%	39%	76%	39%	37%	65%	1%		1%	0%	1%
7 Outaouais	4%	1%			0%		0%		1%	0%	94%	81%		
8 Abitibi-Témiscamingue	1%	1%		0%	2%	0%	1%	1%	0%	0%	1%	13%		0%
9 Côte-Nord	1%	0%	4%	0%	0%		0%	0%		2%		0%	11%	0%
10 Nord-du-Québec	0%		3%		0%		0%			0%		0%		
11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	1%	0%			0%		0%	0%	0%	2%			24%	0%
12 Chaudière-Appalaches	5%	0%	0%	5%	0%	0%	0%		0%	26%				1%
13 Laval	5%	4%		0%	4%	7%	15%	5%	4%			0%		1%
14 Lanaudière	5%	2%		0%	6%	1%	17%	5%	1%	0%				2%
15 Laurentides	**6%**	**5%**		**0%**	**9%**	**3%**	**12%**	**16%**	**6%**	**0%**	**3%**	**3%**	**0%**	**1%**
16 Montérégie	15%	20%	0%	23%	38%	11%	14%	35%	19%	0%		1%	0%	2%
17 Kativik	0%	1%							1%					
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	0%	0%				0%			1%		1%			
99 Inconnue ou extérieur du Québec	0%	0%	0%	1%	1%	1%	0%	1%	0%	0%	1%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : Données fournies par François Grenier, Centre de coordination de radio-oncologie. Données en provenance de la RAMQ.

Tableau 43

Nombre

Patients différents traités en radio-oncologie selon les données de la RAMQ 2000
Centre de radio-oncologie

Région sociosanitaire de provenance	Province	CUSM	Chicoutimi	CHUS	HND	HGJ	HMR	HDM	HRV	HDQ	Ontario	Gatineau	CHRR	CHTR
1 Bas St-Laurent	521		1	1	2		2			127			387	1
2 Saguenay/Lac-St-Jean	601	2	579	1	6		1	1	2	8		1		
3 Québec	1556	2	6	1	7		2	1	1	1520		1	1	14
4 Mauricie-Bois-Francs	1124	5	3	151	35	4	29	3	1	87			1	805
5 Estrie	646	7		617	3		5	1		13				
6 Montréal-Centre	4619	1040	2	16	930	651	1286	336	322	18		4	1	13
7 Outaouais	693	9			2		3		3	4	94	578		
8 Abitibi-Témiscamingue	200	13		3	37	4	37	7	1	6	1	90		1
9 Côte-Nord	181	5	24	4	5		5	2		63		2	68	3
10 Nord-du-Québec	32		18		5		3			4		2		
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	218	7			7		8	2	1	48			144	1
12 Chaudière-Appalaches	757	4	1	50	1	1	3		1	687				9
13 Laval	769	62		1	87	63	482	44	22			3		5
14 Lanaudière	791	29		5	133	6	549	46	6	2				15
15 Laurentides	**900**	**73**		**1**	**211**	**28**	**379**	**147**	**31**	**1**	**3**	**18**	**2**	**6**
16 Montérégie	2451	315	2	249	894	91	457	319	93	2		9	3	17
17 Kativik	17	14							3					
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	10	5				1			3		1			
99 Inconnue ou extérieur du Québec	80	6	1	6	19	5	11	7	2	13	1	3	2	4
Total	16166	1598	637	1106	2384	854	3262	916	492	2603	100	711	609	894

Source : Données fournies par François Grenier, Centre de coordination de radio-oncologie. Données en provenance de la RAMQ.

Tableau 44

Taux %

Patients différents traités en radio-oncologie selon les données de la RAMQ 2000
Centre de radio-oncologie

Région sociosanitaire de provenance	Province	CUSM	Chicoutimi	CHUS	HND	HGJ	HMR	HDM	HRV	HDQ	Ontario	Gatineau	CHRR	CHTR
1 Bas St-Laurent	3%		0%	0%	0%		0%			5%			64%	0%
2 Saguenay/Lac-St-Jean	4%	0%	91%	0%	0%		0%	0%	0%	0%		0%		
3 Québec	10%	0%	1%	0%	0%		0%	0%	0%	58%		0%	0%	2%
4 Mauricie-Bois-Francs	7%	0%	0%	14%	1%	0%	1%	0%	0%	3%			0%	90%
5 Estrie	4%	0%		56%	0%		0%	0%		0%				
6 Montréal-Centre	29%	65%	0%	1%	39%	76%	39%	37%	65%	1%		1%	0%	1%
7 Outaouais	4%	1%			0%		0%		1%	0%	94%	81%		
8 Abitibi-Témiscamingue	1%	1%		0%	2%	0%	1%	1%	0%	0%	1%	13%		0%
9 Côte-Nord	1%	0%	4%	0%	0%		0%	0%		2%		0%	11%	0%
10 Nord-du-Québec	0%		3%		0%		0%			0%		0%		
11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	1%	0%			0%		0%	0%	0%	2%			24%	0%
12 Chaudière-Appalaches	5%	0%	0%	5%	0%	0%	0%		0%	26%				1%
13 Laval	5%	4%		0%	4%	7%	15%	5%	4%			0%		1%
14 Lanaudière	5%	2%		0%	6%	1%	17%	5%	1%	0%				2%
15 Laurentides	**6%**	**5%**		**0%**	**9%**	**3%**	**12%**	**16%**	**6%**	**0%**	**3%**	**3%**	**0%**	**1%**
16 Montérégie	15%	20%	0%	23%	38%	11%	14%	35%	19%	0%		1%	0%	2%
17 Kativik	0%	1%							1%					
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	0%	0%				0%			1%		1%			
99 Inconnue ou extérieur du Québec	0%	0%	0%	1%	1%	1%	0%	1%	0%	0%	1%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : Données fournies par François Grenier, Centre de coordination de radio-oncologie. Données en provenance de la RAMQ.

Tableau 45

Répartition du lieu de consommation des services

Patients différents traités en radio-oncologie selon les données de la RAMQ 2000
Centre de radio-oncologie

Région sociosanitaire de provenance	Province	CUSM	Chicoutimi	CHUS	HND	HGJ	HMR	HDM	HRV	HDQ	Ontario	Gatineau	CHRR	CHTR
1 Bas St-Laurent	100%		0%	0%	0%		0%			24%			74%	0%
2 Saguenay/Lac-St-Jean	100%	0%	96%	0%	1%		0%	0%	0%	1%		0%		
3 Québec	100%	0%	0%	0%	0%		0%	0%	0%	98%		0%	0%	1%
4 Mauricie-Bois-Francs	100%	0%	0%	13%	3%	0%	3%	0%	0%	8%			0%	72%
5 Estrie	100%	1%		96%	0%		1%	0%		2%				
6 Montréal-Centre	100%	23%	0%	0%	20%	14%	28%	7%	7%	0%		0%	0%	0%
7 Outaouais	100%	1%			0%		0%		0%	1%	14%	83%		
8 Abitibi-Témiscamingue	100%	7%		2%	19%	2%	19%	4%	1%	3%	1%	45%		1%
9 Côte-Nord	100%	3%	13%	2%	3%		3%	1%		35%		1%	38%	2%
10 Nord-du-Québec	100%		56%		16%		9%			13%		6%		
11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	100%	3%			3%		4%	1%	0%	22%			66%	0%
12 Chaudière-Appalaches	100%	1%	0%	7%	0%	0%	0%		0%	91%				1%
13 Laval	100%	8%		0%	11%	8%	63%	6%	3%			0%		1%
14 Lanaudière	100%	4%		1%	17%	1%	69%	6%	1%	0%				2%
15 Laurentides	**100%**	**8%**		**0%**	**23%**	**3%**	**42%**	**16%**	**3%**	**0%**	**0%**	**2%**	**0%**	**1%**
16 Montérégie	100%	13%	0%	10%	36%	4%	19%	13%	4%	0%		0%	0%	1%
17 Kativik	100%	82%							18%					
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	100%	50%				10%			30%		10%			
99 Inconnue ou extérieur du Québec	100%	8%	1%	8%	24%	6%	14%	9%	3%	16%	1%	4%	3%	5%
Total	100%	10%	4%	7%	15%	5%	20%	6%	3%	16%	1%	4%	4%	6%

Source : Données fournies par François Grenier, Centre de coordination de radio-oncologie. Données en provenance de la RAMQ.

Tableau 46

Patients traités en radiothérapie transcutanée selon la région de résidence, Québec, 1992 à 2000

Région de résidence	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
1 Bas St-Laurent	312	368	339	333	349	356	427	457	556
2 Saguenay/Lac-St-Jean	530	502	517	587	557	600	621	632	618
3 Québec	1167	1153	1247	1265	1295	1261	1452	1479	1632
4 Mauricie-Bois-Francs	728	752	713	741	738	774	802	877	1164
5 Estrie	537	623	609	646	585	626	690	726	715
6 Montréal-Centre	4224	4263	4569	4479	4374	4423	4614	4709	4781
7 Outaouais	341	397	436	481	519	499	664	683	730
8 Abitibi-Témiscamingue	199	198	178	188	160	187	188	195	210
9 Côte-Nord	122	134	138	161	163	176	162	169	200
10 Nord-du-Québec	16	22	17	24	21	29	26	20	35
11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	167	177	186	194	160	188	174	181	222
12 Chaudière-Appalaches	475	559	537	555	584	633	658	727	810
13 Laval	601	628	659	666	666	757	757	845	812
14 Lanaudière	635	702	698	708	693	744	822	854	830
15 Laurentides	**631**	**687**	**766**	**739**	**730**	**781**	**891**	**933**	**916**
16 Montérégie	1996	2097	2197	2279	2323	2303	2482	2549	2571
17 Nunavik	4	5	8	4	7	8	9	6	18
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	10	3	6	5	10	9	4	6	10
99 Inconnue ou extérieur du Québec	26	53	44	73	66	63	61	57	61
Total	12721	13323	13864	14128	14000	14417	15504	16105	16891

Source : Données fournies par François Grenier, Centre de coordination de radio-oncologie. Données en provenance de la RAMQ.

Tableau 45

Répartition du lieu de consommation des services

Patients différents traités en radio-oncologie selon les données de la RAMQ 2000
Centre de radio-oncologie

Région sociosanitaire de provenance	Province	CUSM	Chicoutimi	CHUS	HND	HGJ	HMR	HDM	HRV	HDQ	Ontario	Gatineau	CHRR	CHTR
1 Bas St-Laurent	100%		0%	0%	0%		0%			24%			74%	0%
2 Saguenay/Lac-St-Jean	100%	0%	96%	0%	1%		0%	0%	0%	1%		0%		
3 Québec	100%	0%	0%	0%	0%		0%	0%	0%	98%		0%	0%	1%
4 Mauricie-Bois-Francs	100%	0%	0%	13%	3%	0%	3%	0%	0%	8%			0%	72%
5 Estrie	100%	1%		96%	0%		1%	0%		2%				
6 Montréal-Centre	100%	23%	0%	0%	20%	14%	28%	7%	7%	0%		0%	0%	0%
7 Outaouais	100%	1%			0%		0%		0%	1%	14%	83%		
8 Abitibi-Témiscamingue	100%	7%		2%	19%	2%	19%	4%	1%	3%	1%	45%		1%
9 Côte-Nord	100%	3%	13%	2%	3%		3%	1%		35%		1%	38%	2%
10 Nord-du-Québec	100%		56%		16%		9%			13%		6%		
11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	100%	3%			3%		4%	1%	0%	22%			66%	0%
12 Chaudière-Appalaches	100%	1%	0%	7%	0%	0%	0%		0%	91%				1%
13 Laval	100%	8%		0%	11%	8%	63%	6%	3%			0%		1%
14 Lanaudière	100%	4%		1%	17%	1%	69%	6%	1%	0%				2%
15 Laurentides	**100%**	**8%**		**0%**	**23%**	**3%**	**42%**	**16%**	**3%**	**0%**	**0%**	**2%**	**0%**	**1%**
16 Montérégie	100%	13%	0%	10%	36%	4%	19%	13%	4%	0%		0%	0%	1%
17 Kativik	100%	82%							18%					
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	100%	50%				10%			30%		10%			
99 Inconnue ou extérieur du Québec	100%	8%	1%	8%	24%	6%	14%	9%	3%	16%	1%	4%	3%	5%
Total	100%	10%	4%	7%	15%	5%	20%	6%	3%	16%	1%	4%	4%	6%

Source : Données fournies par François Grenier, Centre de coordination de radio-oncologie. Données en provenance de la RAMQ.

Tableau 46

Patients traités en radiothérapie transcutanée selon la région de résidence, Québec, 1992 à 2000

Région de résidence	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
1 Bas St-Laurent	312	368	339	333	349	356	427	457	556
2 Saguenay/Lac-St-Jean	530	502	517	587	557	600	621	632	618
3 Québec	1167	1153	1247	1265	1295	1261	1452	1479	1632
4 Mauricie-Bois-Francs	728	752	713	741	738	774	802	877	1164
5 Estrie	537	623	609	646	585	626	690	726	715
6 Montréal-Centre	4224	4263	4569	4479	4374	4423	4614	4709	4781
7 Outaouais	341	397	436	481	519	499	664	683	730
8 Abitibi-Témiscamingue	199	198	178	188	160	187	188	195	210
9 Côte-Nord	122	134	138	161	163	176	162	169	200
10 Nord-du-Québec	16	22	17	24	21	29	26	20	35
11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	167	177	186	194	160	188	174	181	222
12 Chaudière-Appalaches	475	559	537	555	584	633	658	727	810
13 Laval	601	628	659	666	666	757	757	845	812
14 Lanaudière	635	702	698	708	693	744	822	854	830
15 Laurentides	**631**	**687**	**766**	**739**	**730**	**781**	**891**	**933**	**916**
16 Montérégie	1996	2097	2197	2279	2323	2303	2482	2549	2571
17 Nunavik	4	5	8	4	7	8	9	6	18
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	10	3	6	5	10	9	4	6	10
99 Inconnue ou extérieur du Québec	26	53	44	73	66	63	61	57	61
Total	12721	13323	13864	14128	14000	14417	15504	16105	16891

Source : Données fournies par François Grenier, Centre de coordination de radio-oncologie. Données en provenance de la RAMQ.

Tableau 47

Proportion des cas traités en radiothérapie selon la région de résidence, Québec, 1992 à 1998

Région de résidence	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
1 Bas St-Laurent	33%	38%	38%	36%	37%	38%	42%
2 Saguenay/Lac-St-Jean	48%	41%	40%	46%	45%	50%	49%
3 Québec	45%	42%	42%	48%	48%	45%	48%
4 Mauricie-Bois-Francs	34%	36%	34%	34%	35%	36%	36%
5 Estrie	47%	50%	50%	50%	50%	53%	53%
6 Montréal-Centre	49%	49%	48%	52%	52%	53%	53%
7 Outaouais	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
8 Abitibi-Témiscamingue	32%	33%	31%	33%	30%	33%	34%
9 Côte-Nord	32%	35%	35%	40%	41%	47%	37%
10 Nord-du-Québec	38%	52%	40%	67%	50%	71%	58%
11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	34%	35%	33%	33%	32%	37%	32%
12 Chaudière-Appalaches	35%	40%	37%	37%	39%	42%	42%
13 Laval	50%	50%	49%	50%	51%	56%	52%
14 Lanaudière	52%	51%	51%	53%	48%	55%	53%
15 Laurentides	**43%**	**42%**	**39%**	**42%**	**41%**	**46%**	**46%**
16 Montérégie	45%	44%	43%	47%	47%	47%	48%
17 Nunavik	33%	26%	29%	44%	78%	50%	113%
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	59%	30%	14%	22%	63%	47%	21%
Ensemble du Québec	44%	44%	43%	46%	47%	48%	49%

NA : non applicable

Source : Données fournies par François Grenier, Centre de coordination de radio-oncologie. Données en provenance de la RAMQ.

Tableau 48

Patients traités en curiethérapie selon la région de résidence, Québec, 1993 à 1998

Région de résidence	1993	1994	1995	1996	1997	1998
1 Bas St-Laurent	15	11	18	19	21	19
2 Saguenay/Lac-St-Jean	84	85	111	107	115	118
3 Québec	54	57	45	51	54	72
4 Mauricie-Bois-Francs	35	32	32	26	35	53
5 Estrie	11	7	22	19	19	17
6 Montréal-Centre	253	222	212	168	182	165
7 Outaouais	158	142	106	38	13	35
8 Abitibi-Témiscamingue	14	5	10	5	13	9
9 Côte-Nord	8	10	10	5	17	7
10 Nord-du-Québec	1	1	2	5	9	4
11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	9	12	9	9	6	5
12 Chaudière-Appalaches	28	32	30	31	28	27
13 Laval	23	28	21	13	21	18
14 Lanaudière	29	23	15	25	23	33
15 Laurentides	**33**	**25**	**39**	**18**	**28**	**31**
16 Montérégie	99	78	94	82	85	93
17 Nunavik	0	1	0	1	1	0
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	1	0	0	1	0
Total	857	775	777	626	674	708

Source : Données fournies par François Grenier, Centre de coordination de radio-oncologie.
Données en provenance de la RAMQ.

Tableau 47

Proportion des cas traités en radiothérapie selon la région de résidence, Québec, 1992 à 1998

Région de résidence	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
1 Bas St-Laurent	33%	38%	38%	36%	37%	38%	42%
2 Saguenay/Lac-St-Jean	48%	41%	40%	46%	45%	50%	49%
3 Québec	45%	42%	42%	48%	48%	45%	48%
4 Mauricie-Bois-Francs	34%	36%	34%	34%	35%	36%	36%
5 Estrie	47%	50%	50%	50%	50%	53%	53%
6 Montréal-Centre	49%	49%	48%	52%	52%	53%	53%
7 Outaouais	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
8 Abitibi-Témiscamingue	32%	33%	31%	33%	30%	33%	34%
9 Côte-Nord	32%	35%	35%	40%	41%	47%	37%
10 Nord-du-Québec	38%	52%	40%	67%	50%	71%	58%
11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	34%	35%	33%	33%	32%	37%	32%
12 Chaudière-Appalaches	35%	40%	37%	37%	39%	42%	42%
13 Laval	50%	50%	49%	50%	51%	56%	52%
14 Lanaudière	52%	51%	51%	53%	48%	55%	53%
15 Laurentides	**43%**	**42%**	**39%**	**42%**	**41%**	**46%**	**46%**
16 Montérégie	45%	44%	43%	47%	47%	47%	48%
17 Nunavik	33%	26%	29%	44%	78%	50%	113%
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	59%	30%	14%	22%	63%	47%	21%
Ensemble du Québec	44%	44%	43%	46%	47%	48%	49%

NA : non applicable

Source : Données fournies par François Grenier, Centre de coordination de radio-oncologie. Données en provenance de la RAMQ.

Tableau 48

Patients traités en curiethérapie selon la région de résidence, Québec, 1993 à 1998

Région de résidence	1993	1994	1995	1996	1997	1998
1 Bas St-Laurent	15	11	18	19	21	19
2 Saguenay/Lac-St-Jean	84	85	111	107	115	118
3 Québec	54	57	45	51	54	72
4 Mauricie-Bois-Francs	35	32	32	26	35	53
5 Estrie	11	7	22	19	19	17
6 Montréal-Centre	253	222	212	168	182	165
7 Outaouais	158	142	106	38	13	35
8 Abitibi-Témiscamingue	14	5	10	5	13	9
9 Côte-Nord	8	10	10	5	17	7
10 Nord-du-Québec	1	1	2	5	9	4
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	9	12	9	9	6	5
12 Chaudière-Appalaches	28	32	30	31	28	27
13 Laval	23	28	21	13	21	18
14 Lanaudière	29	23	15	25	23	33
15 Laurentides	**33**	**25**	**39**	**18**	**28**	**31**
16 Montérégie	99	78	94	82	85	93
17 Nunavik	0	1	0	1	1	0
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	1	0	0	1	0
Total	857	775	777	626	674	708

Source : Données fournies par François Grenier, Centre de coordination de radio-oncologie.
Données en provenance de la RAMQ.

Tableau 49

Proportion des cas traités en curiethérapie selon la région de résidence, Québec, 1993 à 1998

Région de résidence	1993	1994	1995	1996	1997	1998
1 Bas St-Laurent	2%	1%	2%	2%	2%	2%
2 Saguenay/Lac-St-Jean	7%	7%	9%	9%	10%	9%
3 Québec	2%	2%	2%	2%	2%	2%
4 Mauricie-Bois-Francs	2%	1%	1%	1%	2%	2%
5 Estrie	1%	1%	2%	2%	2%	1%
6 Montréal-Centre	3%	2%	2%	2%	2%	2%
7 Outaouais	NA	NA	NA	NA	NA	NA
8 Abitibi-Témiscamingue	2%	1%	2%	1%	2%	2%
9 Côte-Nord	2%	3%	3%	1%	5%	2%
10 Nord-du-Québec	2%	2%	6%	12%	22%	9%
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	2%	2%	2%	2%	1%	1%
12 Chaudière-Appalaches	2%	2%	2%	2%	2%	2%
13 Laval	2%	2%	2%	1%	2%	1%
14 Lanaudière	2%	2%	1%	2%	2%	2%
15 Laurentides	**2%**	**1%**	**2%**	**1%**	**2%**	**2%**
16 Montérégie	2%	2%	2%	2%	2%	2%
17 Nunavik	0%	6%	0%	11%	6%	0%
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	0%	5%	0%	0%	5%	0%
Total	3%	2%	3%	2%	2%	2%

NA : non applicable

Source : Données fournies par François Grenier, Centre de coordination de radio-oncologie.
Données en provenance de la RAMQ.

Tableau 49

Proportion des cas traités en curiethérapie selon la région de résidence, Québec, 1993 à 1998

Région de résidence	1993	1994	1995	1996	1997	1998
1 Bas St-Laurent	2%	1%	2%	2%	2%	2%
2 Saguenay/Lac-St-Jean	7%	7%	9%	9%	10%	9%
3 Québec	2%	2%	2%	2%	2%	2%
4 Mauricie-Bois-Francs	2%	1%	1%	1%	2%	2%
5 Estrie	1%	1%	2%	2%	2%	2%
6 Montréal-Centre	3%	2%	2%	2%	2%	1%
7 Outaouais	NA	NA	NA	NA	NA	NA
8 Abitibi-Témiscamingue	2%	1%	2%	1%	2%	2%
9 Côte-Nord	2%	3%	3%	1%	5%	2%
10 Nord-du-Québec	2%	2%	6%	12%	22%	9%
11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	2%	2%	2%	2%	1%	1%
12 Chaudière-Appalaches	2%	2%	2%	2%	2%	2%
13 Laval	2%	2%	2%	1%	2%	1%
14 Lanaudière	2%	2%	1%	2%	2%	2%
15 Laurentides	**2%**	**1%**	**2%**	**1%**	**2%**	**2%**
16 Montérégie	2%	2%	2%	2%	2%	2%
17 Nunavik	0%	6%	0%	11%	6%	0%
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	0%	5%	0%	0%	5%	0%
Total	3%	2%	3%	2%	2%	2%

NA : non applicable

Source : Données fournies par François Grenier, Centre de coordination de radio-oncologie.
Données en provenance de la RAMQ.

Tableau 50

Durée de séjour des cas de cancer (CIM-9 140 à 208) décédés à l'hôpital[1], selon l'hôpital et la région de l'hospitalisation, Québec, 1999-2000

Laurentides

Hôpital (code)	Hôpital (nom)	Décès à l'hôpital (nombre)	Séjour moyen (jours)	Séjour médian (jours)	Séjour < 5 jours (%)	Séjour 5-11 jours (%)	Séjour 12-24 jours (%)	Séjour ≥ 25 jours (%)	Total %
11353620	CENTRE HOSPITALIER LAURENTIEN	78	12,4	9,0	32,1	23,1	29,5	15,4	100,0
12380465	HÔTEL-DIEU DE SAINT-JÉRÔME	209	16,1	13,0	21,1	25,8	30,6	22,5	100,0
12923132	CENTRE HOSPITALIER SAINT-EUSTACHE	99	14,0	9,0	26,5	31,6	28,6	13,3	100,0
13508718	L'HÔPITAL D'ARGENTEUIL	56	20,5	10,0	23,2	30,4	19,6	26,8	100,0
51217610	CH ET CENTRE DE RÉA. ANTOINE-LABELLE (MONT-LAURIER)	39	44,5	27,0	12,8	23,1	12,8	51,3	100,0
Total		480	17,9	11,0	23,5	26,9	27,3	22,3	100,0

1. Les hospitalisations excluent les cas de longue durée avec hospitalisation dans des lits de courte durée et les personnes admises en courte durée et par la suite transférées en longue durée.

Source : MSSS, Fichier des hospitalisations de MED-ÉCHO, 1999-2000.

Tableau 51

Durée de séjour des cas de cancer (CIM-9 140 à 208) décédés à l'hôpital[1], selon l'hôpital et la région de l'hospitalisation, Québec, 1999-2000

ENSEMBLE DU QUÉBEC

		Décès à l'hôpital (nombre)	Séjour moyen (jours)	Séjour médian (jours)	Séjour < 5 jours (%)	Séjour 5-11 jours (%)	Séjour 12-24 jours (%)	Séjour ≥ 25 jours (%)	Total %
Total		9 038	17,8	11,0	27,2	25,1	24,8	22,9	100,0

1. Les hospitalisations excluent les cas de longue durée avec hospitalisation dans des lits de courte durée et les personnes admises en courte durée et par la suite transférées en longue durée.

Source : MSSS, Fichier des hospitalisations de MED-ÉCHO, 1999-2000.

Tableau 52
Sexes réunis
Taux ajusté[1] d'incidence du cancer (CIM-9 140 à 208 excluant 173) selon le siège et la région, Québec, 1994-1998

(Taux annuel moyen pour 100 000)

	Estomac	Côlon et rectum	Pancréas	Poumon	Vessie	Lymphome non-hodgkinien	Rein	Leucémie	Ensemble des sièges
Région	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux
Bas-Saint-Laurent	* 13,4	53,8	* 10,1	74,3	16,7	18,4	* 12,2	* 11,3	416,3
Saguenay—Lac-Saint-Jean	16,1 (+)	63,4	* 12,7	88,8 (+)	25,7	14,5	14,3	* 11,7	470,5 (+)
Québec	9,5	56,7	11,7	74,5	22,2	16,9	12,1	10,6	411,3
Mauricie et Centre-du-Québec	10,3	54,7	11,0	75,4	20,0	17,6	12,9	10,7	408,9
Estrie	12,2	55,0	* 11,5	69,6	19,2	18,8	* 11,8	11,9	411,8
Montréal-Centre	11,1	53,6	10,8	70,5 (-)	21,2	18,6	10,5	11,1	414,8
Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI
Abitibi-Témiscamingue	* 14,8	56,8	* 10,6	87,6	* 21,5	* 16,4	* 10,3	* 12,7	431,8
Côte-Nord	* 22,0	62,2	* 12,6	116,8 (+)	* 22,1	* 21,2	* 15,9	** 9,6	490,2 (+)
Nord-du-Québec	## 11,6	## 45,0	## 4,8	## 145,1	## 11,3	## 20,6	## 19,7	## 5,3	## 505,7
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	* 16,1	55,6	* 12,7	87,7	* 19,7	* 16,4	* 17,2	* 10,0	465,0 (+)
Chaudière-Appalaches	12,3	50,9	12,7	69,5	19,1	17,6	9,8	12,7	397,4 (-)
Laval	* 9,2	54,8	* 10,9	72,0	21,9	17,5	12,3	12,1	407,9
Lanaudière	* 10,9	54,4	* 10,5	89,6 (+)	21,3	17,9	14,4	* 11,1	431,8
Laurentides	**11,0**	**59,5**	**12,1**	**85,9 (+)**	**24,5**	**16,9**	**13,4**	**13,1**	**456,7 (+)**
Montérégie	9,4	57,6	11,5	72,9	21,6	17,9	12,3	11,9	419,0
Nunavik	### 0,0	## 59,7	## 16,5	## 192,9	## 0,0	## 8,2	## 5,8	## 0,0	## 422,7
Terres-Cries-de-la-Baie-James	### 0,0	## 51,8	## 5,6	## 58,9	## 16,8	## 6,7	## 47,1	## 5,1	## 443,4
ENSEMBLE DU QUÉBEC	11,1	56,0	11,4	75,9	21,4	17,8	12,1	11,5	423,6

1. Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.
DI : données incomplètes.
(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.
* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.
Étant donné les très faibles effectifs aux âges élevés, les valeurs obtenues pour les régions Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James sont jugées imprécises et ne sont présentées qu'à titre indicatif.
Source : Fichiers des tumeurs, janvier 2002, MSSS

Tableau 52
Sexes réunis
Taux ajusté[1] d'incidence du cancer (CIM-9 140 à 208 excluant 173) selon le siège et la région, Québec, 1994-1998

(Taux annuel moyen pour 100 000)

	Estomac	Côlon et rectum	Pancréas	Poumon	Vessie	Lymphome non-hodgkinien	Rein	Leucémie	Ensemble des sièges
Région	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux
Bas-Saint-Laurent	* 13,4	53,8	* 10,1	74,3	16,7	18,4	* 12,2	* 11,3	416,3
Saguenay—Lac-Saint-Jean	16,1 (+)	63,4	* 12,7	88,8 (+)	25,7	14,5	14,3	* 11,7	470,5 (+)
Québec	9,5	56,7	11,7	74,5	22,2	16,9	12,1	10,6	411,3
Mauricie et Centre-du-Québec	10,3	54,7	11,0	75,4	20,0	17,6	12,9	10,7	408,9
Estrie	12,2	55,0	* 11,5	69,6	19,2	18,8	* 11,8	11,9	411,8
Montréal-Centre	11,1	53,6	10,8	70,5 (-)	21,2	18,6	10,5	11,1	414,8
Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI
Abitibi-Témiscamingue	* 14,8	56,8	* 10,6	87,6	* 21,5	* 16,4	* 10,3	* 12,7	431,8
Côte-Nord	* 22,0	62,2	* 12,6	116,8 (+)	* 22,1	* 21,2	* 15,9	** 9,6	490,2 (+)
Nord-du-Québec	## 11,6	## 45,0	## 4,8	## 145,1	## 11,3	## 20,6	## 19,7	## 5,3	## 505,7
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	* 16,1	55,6	* 12,7	87,7	* 19,7	* 16,4	* 17,2	* 10,0	465,0 (+)
Chaudière-Appalaches	12,3	50,9	12,7	69,5	19,1	17,6	9,8	12,7	397,4 (-)
Laval	* 9,2	54,8	* 10,9	72,0	21,9	17,5	12,3	12,1	407,9
Lanaudière	* 10,9	54,4	* 10,5	89,6 (+)	21,3	17,9	14,4	* 11,1	431,8
Laurentides	**11,0**	**59,5**	**12,1**	**85,9 (+)**	**24,5**	**16,9**	**13,4**	**13,1**	**456,7 (+)**
Montérégie	9,4	57,6	11,5	72,9	21,6	17,9	12,3	11,9	419,0
Nunavik	### 0,0	## 59,7	## 16,5	## 192,9	## 0,0	## 8,2	## 5,8	## 0,0	## 422,7
Terres-Cries-de-la-Baie-James	### 0,0	## 51,8	## 5,6	## 58,9	## 16,8	## 6,7	## 47,1	## 5,1	## 443,4
ENSEMBLE DU QUÉBEC	11,1	56,0	11,4	75,9	21,4	17,8	12,1	11,5	423,6

1. Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.

DI : données incomplètes.

(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Étant donné les très faibles effectifs aux âges élevés, les valeurs obtenues pour les régions Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James sont jugées imprécises et ne sont présentées qu'à titre indicatif.

Source : Fichiers des tumeurs, janvier 2002, MSSS

Tableau 53
Femmes
Taux ajusté[1] d'incidence du cancer (CIM-9 140 à 208 excluant 173) selon le siège et la région, Québec, 1994-1998

(Taux annuel moyen pour 100 000)

	Estomac	Côlon et rectum	Pancréas	Poumon	Sein	Vessie	Lymphome non-hodgkinien	Rein	Leucémie	Ensemble des sièges
Région	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux
Bas-Saint-Laurent	* 8,4	47,2	* 9,3	38,2	126,2	* 7,3	* 14,8	* 10,1	* 8,8	369,9
Saguenay—Lac-Saint-Jean	* 10,1	54,3	* 11,2	44,1	126,1	* 10,1	* 12,1	* 10,5	* 9,6	398,1
Québec	* 6,5	48,2	9,6	44,7	113,6	9,9	13,8	* 8,2	* 8,1	365,6
Mauricie et Centre-du-Québec	* 6,1	46,0	* 10,2	42,2	93,0 (-)	* 9,4	15,9	* 9,5	* 8,5	341,9 (-)
Estrie	* 7,5	45,7	* 9,7	38,6	99,7	* 9,9	* 15,9	* 9,7	* 9,1	354,5
Montréal-Centre	7,6	45,4	9,4	48,3	112,2	9,4	15,0	7,0	8,5	373,5
Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI
Abitibi-Témiscamingue	** 10,4	* 47,3	** 9,6	* 47,2	109,3	** 7,3	* 12,7	** 10,0	** 9,1	368,9
Côte-Nord	** 12,8	* 51,9	** 6,9	* 68,6	112,5	** 4,8	** 18,0	** 11,1	** 5,9	403,8
Nord-du-Québec	## 9,5	## 40,6	## 2,2	## 76,0	## 104,6	## 2,7	## 23,0	## 5,8	## 1,7	## 376,3
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	** 9,6	* 45,4	** 10,1	* 44,0	116,7	** 5,4	* 16,2	** 8,1	** 7,2	378,9
Chaudière-Appalaches	* 7,5	41,6	* 11,4	35,6 (-)	113,9	* 7,5	* 15,1	* 6,8	* 9,6	343,5 (-)
Laval	* 5,3	44,1	* 11,0	49,7	106,6	* 8,7	* 14,2	* 8,2	* 9,6	359,7
Lanaudière	* 7,1	45,4	* 9,1	55,6	104,2	* 8,2	* 15,3	* 10,2	* 7,0	365,3
Laurentides	*** 6,8**	**50,6**	*** 10,4**	**53,1**	**118,9**	*** 11,0**	*** 15,6**	*** 9,4**	*** 9,3**	**392,1**
Montérégie	5,8	47,1	10,0	48,7	106,0	11,0	14,9	9,1	9,5	368,7
Nunavik	### 0,0	## 95,3	## 0,0	## 170,2	## 44,5	## 0,0	## 15,8	## 0,0	## 0,0	## 441,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	### 0,0	## 55,4	## 0,0	## 35,4	## 66,7	## 0,0	## 0,0	## 67,3	## 2,0	## 359,0
ENSEMBLE DU QUÉBEC	7,1	47,0	9,9	47,2	110,8	9,6	14,9	8,5	8,8	370,9

1. Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.
DI : données incomplètes.
(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.
* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.
Etant donné les très faibles effectifs aux âges élevés, les valeurs obtenues pour les régions Nord-du-Québec, Nunavik et Terres Cries-de-la-Baie-James sont jugées imprécises et ne sont présentées qu'à titre indicatif.
Source : Fichiers des tumeurs, janvier 2002, MSSS

Tableau 54

Hommes

Taux ajusté[1] d'incidence du cancer (CIM-9 140 à 208 excluant 173) selon le siège et la région, Québec, 1994-1998

(Taux annuel moyen pour 100 000)

	Estomac	Côlon et rectum	Pancréas	Poumon	Prostate	Vessie	Lymphome non-hodgkinien	Rein	Leucémie	Ensemble des sièges
Région	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux
Bas-Saint-Laurent	* 19,9	62,1	* 11,3	121,6	96,6	* 29,4	* 22,1	* 14,4	* 14,2	490,8
Saguenay—Lac-Saint-Jean	* 24,4	75,4	* 14,5	150,7 (+)	112,0	47,7	* 17,4	* 19,1	* 14,6	585,8 (+)
Québec	14,4	70,1	14,7	119,9	81,9 (-)	41,2	21,1	17,9	14,8	499,6
Mauricie et Centre-du-Québec	* 15,9	66,7	* 12,3	121,9	111,9	35,0	19,5	17,1	* 13,6	515,2
Estrie	* 18,4	66,4	* 14,1	111,8	111,3	32,1	* 22,4	* 14,4	* 15,7	503,0
Montréal-Centre	16,6	65,6	13,0	104,4 (-)	90,8 (-)	39,1	23,2	15,6	15,3	491,8 (-)
Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI
Abitibi-Témiscamingue	* 20,2	68,1	** 11,3	135,5	103,7	* 38,7	* 20,0	** 10,6	* 16,4	515,4
Côte-Nord	* 31,2	* 74,3	** 20,1	171,6 (+)	* 84,4	* 42,3	* 23,6	** 21,2	** 14,0	598,3 (+)
Nord-du-Québec	## 16,1	## 43,2	## 6,8	## 244,0	## 79,9	## 17,6	## 13,3	## 42,0	## 8,3	## 657,2
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	* 23,8	67,8	** 15,9	139,7	106,3	* 36,2	* 17,0	* 27,3	** 13,8	577,9 (+)
Chaudière-Appalaches	* 18,9	62,0	* 14,1	112,5	91,7	34,4	20,4	* 13,6	* 16,8	481,1
Laval	* 15,0	68,5	* 10,9	104,8	93,2	40,3	* 21,4	* 17,1	* 16,0	487,8
Lanaudière	* 14,7	65,9	* 12,1	132,4	94,3	37,4	* 21,1	* 19,5	* 16,6	525,5
Laurentides	*** 16,6**	**69,9**	*** 13,9**	**127,4**	**121,6 (+)**	**41,3**	*** 18,4**	*** 17,6**	*** 18,6**	**549,3 (+)**
Montérégie	13,7	71,7	13,2	107,1	105,4	36,4	21,6	16,5	15,3	500,8
Nunavik	## 0,0	## 29,1	## 34,4	## 224,7	## 17,2 (-)	## 0,0	## 0,0	## 12,0	## 0,0	## 424,3
Terres-Cries-de-la-Baie-James	## 0,0	## 38,9	## 16,3	## 85,6	## 99,8	## 30,7	## 12,6	## 23,9	## 7,6	## 462,1
ENSEMBLE DU QUÉBEC	16,7	68,3	13,4	116,3	99,5	38,1	21,3	16,7	15,4	511,1

1. Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.
DI : données incomplètes.
(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.
* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.
Etant donné les très faibles effectifs aux âges élevés, les valeurs obtenues pour les régions Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James sont jugées imprécises et ne sont présentées qu'à titre indicatif.
Source : Fichiers des tumeurs, janvier 2002, MSSS

Tableau 53
Femmes
Taux ajusté[1] d'incidence du cancer (CIM-9 140 à 208 excluant 173) selon le siège et la région, Québec, 1994-1998

(Taux annuel moyen pour 100 000)

	Estomac	Côlon et rectum	Pancréas	Poumon	Sein	Vessie	Lymphome non-hodgkinien	Rein	Leucémie	Ensemble des sièges
Région	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux
Bas-Saint-Laurent	* 8,4	47,2	* 9,3	38,2	126,2	* 7,3	* 14,8	* 10,1	* 8,8	369,9
Saguenay—Lac-Saint-Jean	* 10,1	54,3	* 11,2	44,1	126,1	* 10,1	* 12,1	* 10,5	* 9,6	398,1
Québec	* 6,5	48,2	9,6	44,7	113,6	9,9	13,8	* 8,2	* 8,1	365,6
Mauricie et Centre-du-Québec	* 6,1	46,0	* 10,2	42,2	93,0 (-)	* 9,4	15,9	* 9,5	* 8,5	341,9 (-)
Estrie	* 7,5	45,7	* 9,7	38,6	99,7	* 9,9	* 15,9	* 9,7	* 9,1	354,5
Montréal-Centre	7,6	45,4	9,4	48,3	112,2	9,4	15,0	7,0	8,5	373,5
Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI
Abitibi-Témiscamingue	** 10,4	* 47,3	** 9,6	* 47,2	109,3	** 7,3	* 12,7	** 10,0	** 9,1	368,9
Côte-Nord	** 12,8	* 51,9	** 6,9	* 68,6	112,5	** 4,8	** 18,0	** 11,1	** 5,9	403,8
Nord-du-Québec	## 9,5	## 40,6	## 2,2	## 76,0	## 104,6	## 2,7	## 23,0	## 5,8	## 1,7	## 376,3
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	** 9,6	* 45,4	** 10,1	* 44,0	116,7	** 5,4	* 16,2	** 8,1	** 7,2	378,9
Chaudière-Appalaches	* 7,5	41,6	* 11,4	35,6 (-)	113,9	* 7,5	* 15,1	* 6,8	* 9,6	343,5 (-)
Laval	* 5,3	44,1	* 11,0	49,7	106,6	* 8,7	* 14,2	* 8,2	* 9,6	359,7
Lanaudière	* 7,1	45,4	* 9,1	55,6	104,2	* 8,2	* 15,3	* 10,2	* 7,0	365,3
Laurentides	*** 6,8**	**50,6**	*** 10,4**	**53,1**	**118,9**	*** 11,0**	*** 15,6**	*** 9,4**	*** 9,3**	**392,1**
Montérégie	5,8	47,1	10,0	48,7	106,0	11,0	14,9	9,1	9,5	368,7
Nunavik	### 0,0	## 95,3	## 0,0	## 170,2	## 44,5	## 0,0	## 15,8	## 0,0	## 0,0	## 441,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	### 0,0	## 55,4	## 0,0	## 35,4	## 66,7	## 0,0	## 0,0	## 67,3	## 2,0	## 359,0
ENSEMBLE DU QUÉBEC	7,1	47,0	9,9	47,2	110,8	9,6	14,9	8,5	8,8	370,9

1. Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.
DI : données incomplètes.
(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.
* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.
Etant donné les très faibles effectifs aux âges élevés, les valeurs obtenues pour les régions Nord-du-Québec, Nunavik et Terres Cries-de-la-Baie-James sont jugées imprécises et ne sont présentées qu'à titre indicatif.

Source : Fichiers des tumeurs, janvier 2002, MSSS

Tableau 54

Hommes

Taux ajusté[1] d'incidence du cancer (CIM-9 140 à 208 excluant 173) selon le siège et la région, Québec, 1994-1998

(Taux annuel moyen pour 100 000)

	Estomac	Côlon et rectum	Pancréas	Poumon	Prostate	Vessie	Lymphome non-hodgkinien	Rein	Leucémie	Ensemble des sièges
Région	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux
Bas-Saint-Laurent	* 19,9	62,1	* 11,3	121,6	96,6	* 29,4	* 22,1	* 14,4	* 14,2	490,8
Saguenay—Lac-Saint-Jean	* 24,4	75,4	* 14,5	150,7 (+)	112,0	47,7	* 17,4	* 19,1	* 14,6	585,8 (+)
Québec	14,4	70,1	14,7	119,9	81,9 (-)	41,2	21,1	17,9	14,8	499,6
Mauricie et Centre-du-Québec	* 15,9	66,7	* 12,3	121,9	111,9	35,0	19,5	17,1	* 13,6	515,2
Estrie	* 18,4	66,4	* 14,1	111,8	111,3	32,1	* 22,4	* 14,4	* 15,7	503,0
Montréal-Centre	16,6	65,6	13,0	104,4 (-)	90,8 (-)	39,1	23,2	15,6	15,3	491,8 (-)
Outaouais	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI
Abitibi-Témiscamingue	* 20,2	68,1	** 11,3	135,5	103,7	* 38,7	* 20,0	** 10,6	* 16,4	515,4
Côte-Nord	* 31,2	* 74,3	** 20,1	171,6 (+)	* 84,4	* 42,3	* 23,6	** 21,2	** 14,0	598,3 (+)
Nord-du-Québec	## 16,1	## 43,2	## 6,8	## 244,0	## 79,9	## 17,6	## 13,3	## 42,0	## 8,3	## 657,2
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	* 23,8	67,8	** 15,9	139,7	106,3	* 36,2	* 17,0	* 27,3	** 13,8	577,9 (+)
Chaudière-Appalaches	* 18,9	62,0	* 14,1	112,5	91,7	34,4	20,4	* 13,6	* 16,8	481,1
Laval	* 15,0	68,5	* 10,9	104,8	93,2	40,3	* 21,4	* 17,1	* 16,0	487,8
Lanaudière	* 14,7	65,9	* 12,1	132,4	94,3	37,4	* 21,1	* 19,5	* 16,6	525,5
Laurentides	* 16,6	69,9	* 13,9	127,4	121,6 (+)	41,3	* 18,4	* 17,6	* 18,6	549,3 (+)
Montérégie	13,7	71,7	13,2	107,1	105,4	36,4	21,6	16,5	15,3	500,8
Nunavik	## 0,0	## 29,1	## 34,4	## 224,7	## 17,2 (-)	## 0,0	## 0,0	## 12,0	## 0,0	## 424,3
Terres-Cries-de-la-Baie-James	## 0,0	## 38,9	## 16,3	## 85,6	## 99,8	## 30,7	## 12,6	## 23,9	## 7,6	## 462,1
ENSEMBLE DU QUÉBEC	16,7	68,3	13,4	116,3	99,5	38,1	21,3	16,7	15,4	511,1

1. Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.
DI : données incomplètes.
(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.
* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.
Etant donné les très faibles effectifs aux âges élevés, les valeurs obtenues pour les régions Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James sont jugées imprécises et ne sont présentées qu'à titre indicatif.

Source : Fichiers des tumeurs, janvier 2002, MSSS

Tableau 55
Sexes réunis
Taux ajusté[1] de mortalité par tumeurs (CIM-9 140 à 239) selon le siège et la région, Québec, 1994-1998[2]

(Taux annuel moyen pour 100 000)

	Estomac	Côlon et rectum	Pancréas	Poumon	Vessie	Lymphome non-hodgkinien	Rein	Leucémie	Ensemble des sièges	
Région	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Nombre[3]	Taux
Bas-Saint-Laurent	* 12,0	24,4	* 10,5	63,1	* 3,7	* 6,1	* 4,3	* 7,0	516	218,8
Saguenay—Lac-Saint-Jean	* 12,2	29,4	* 12,1	76,6 (+)	* 5,7	* 7,8	* 4,6	* 8,2	633	247,5 (+)
Québec	8,1	27,4	11,0	62,8	5,2	7,2	* 4,7	6,0	1 490	219,6
Mauricie et Centre-du-Québec	7,7	28,3	10,3	64,6	* 4,9	* 5,8	* 4,8	6,9	1 165	216,7
Estrie	* 9,5	23,5	* 9,5	58,3	* 4,4	* 8,6	* 5,0	* 6,8	635	208,0
Montréal-Centre	8,1	25,6	10,1	60,2 (-)	4,8	7,3	4,4	6,5	4 570	213,6
Outaouais	* 6,8	24,6	* 10,0	68,0	* 4,8	* 6,7	* 4,5	* 5,5	533	215,8
Abitibi-Témiscamingue	* 11,1	* 25,0	* 9,1	83,2 (+)	** 4,1	** 4,9	** 4,1	** 5,8	296	233,4
Côte-Nord	* 14,9	* 21,9	** 11,9	96,4 (+)	** 6,6	** 6,9	** 5,5	** 7,1	194	265,6 (+)
Nord-du-Québec	## 7,0	## 19,3	## 6,3	## 139,3	## 0,0	## 18,0	## 12,2	## 2,6	22	## 320,2
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	* 11,6	* 23,2	* 11,2	78,5	** 4,3	** 4,6	** 6,4	** 4,9	273	236,5
Chaudière-Appalaches	10,2	22,4	11,6	58,2	* 4,9	* 7,3	* 4,6	* 6,7	787	206,0
Laval	* 7,9	29,6	* 10,2	62,6	* 4,7	* 7,8	* 4,9	* 7,1	712	223,2
Lanaudière	* 9,2	27,5	* 10,6	79,2 (+)	* 5,8	* 7,4	* 5,5	* 6,7	749	241,3 (+)
Laurentides	*** 7,8**	**29,6**	**11,0**	**73,2**	*** 5,1**	*** 7,2**	*** 5,3**	*** 6,3**	**884**	**236,1 (+)**
Montérégie	7,4	28,1	11,1	63,1	4,5	7,5	5,2	6,4	2 488	217,8
Nunavik	## 3,4	## 38,7	## 16,5	## 190,9	## 0,0	## 19,7	## 0,0	## 0,0	9	## 490,6
Terres-Cries-de-la-Baie-James	## 0,0	## 8,6	## 0,0	## 128,4	## 0,0	## 0,0	## 15,6	## 1,0	9	## 319,5
ENSEMBLE DU QUÉBEC	8,5	26,5	10,6	64,6	4,8	7,1	4,8	6,5	15 967	219,5

1. Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.
2. Les données de mortalité de l'Outaouais sont incomplètes pour l'année 1998. Cependant, la comparaison avec les données de l'ensemble du Québec pour les années antérieures laisse croire que la sous-estimation serait de l'ordre de 1 à 2 %.
3. Nombre annuel moyen.

(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Etant donné les très faibles effectifs aux âges élevés, les valeurs obtenues pour les régions Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James sont jugées imprécises et ne sont présentées qu'à titre indicatif.

Source: Tableau en provenance du centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec
Fichier des décès du Québec, janvier 2002, MSSS

Tableau 56
Femmes
Taux ajusté[1] de mortalité par tumeurs (CIM-9 140 à 239) selon le siège et la région, Québec, 1994-1998[2]

(Taux annuel moyen pour 100 000)

	Estomac	Côlon et rectum	Pancréas	Poumon	Sein	Vessie	Lymphome non-hodgkinien	Rein	Leucémie	Ensemble des sièges	
Région	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Nombre[3]	Taux
Bas-Saint-Laurent	* 8,7	* 21,5	* 10,1	* 30,2	34,7	** 1,3	** 5,5	** 3,1	** 4,8	224	170,5
Saguenay—Lac-Saint-Jean	* 7,4	25,3	* 10,5	36,5	35,1	** 1,7	** 6,0	** 3,5	* 6,7	267	185,1
Québec	* 5,9	22,1	9,3	35,6	33,8	* 2,6	* 5,4	* 3,6	* 4,4	710	173,8
Mauricie et Centre-du-Québec	* 4,5	22,0	* 9,5	33,1	28,7	** 2,1	* 4,6	* 3,4	* 5,2	505	163,2
Estrie	* 6,1	* 17,3	* 8,0	32,0	28,6	** 3,3	* 7,5	** 3,7	** 5,1	279	160,3
Montréal-Centre	5,4	21,1	8,3	38,2	34,0	2,5	5,7	2,9	4,9	2 229	173,7
Outaouais	** 3,5	* 22,1	* 9,5	41,9	26,1	** 2,6	** 5,4	** 3,5	** 4,2	235	169,9
Abitibi-Témiscamingue	** 7,6	* 24,0	** 5,6	* 43,3	* 26,1	** 1,2	** 4,6	** 3,8	** 3,4	121	176,5
Côte-Nord	** 10,3	** 18,3	** 6,9	* 53,9	* 31,7	** 0,0	** 6,9	** 2,6	** 2,9	75	190,8
Nord-du-Québec	## 0,0	## 23,5	## 2,2	## 73,9	## 13,2	## 0,0	## 12,6	## 0,0	## 0,0	7	## 179,1
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	** 6,6	* 17,9	** 8,1	* 37,2	* 27,0	** 1,3	** 4,9	** 3,3	** 3,4	102	164,5
Chaudière-Appalaches	* 6,2	18,3	* 10,6	25,7 (-)	26,2	** 1,9	* 6,4	** 3,2	* 5,2	322	149,2 (-)
Laval	* 5,1	25,0	* 9,4	41,6	34,4	** 2,1	* 7,4	** 2,8	* 5,2	335	183,7
Lanaudière	* 6,5	21,8	* 9,2	47,8	31,4	** 2,2	* 5,8	** 3,8	** 4,4	317	185,6
Laurentides	*** 4,9**	**25,2**	*** 8,5**	**43,5**	**33,6**	**** 2,7**	*** 6,2**	**** 4,1**	**** 3,9**	**386**	**187,0**
Montérégie	* 5,1	22,5	9,3	38,6	32,2	* 2,8	6,2	* 3,5	* 4,7	1 136	174,1
Nunavik	## 0,0	## 35,7	## 0,0	## 178,8	## 0,0	## 0,0	## 15,8	## 0,0	## 0,0	4	## 281,9
Terres-Cries-de-la-Baie-James	## 0,0	## 6,1	## 0,0	## 26,4	## 29,6	## 0,0	## 0,0	## 21,2	## 2,0	5	## 195,3
ENSEMBLE DU QUÉBEC	5,6	21,7	8,9	37,7	32,1	2,4	5,8	3,3	4,8	7 258	172,9

1. Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.
2. Les données de mortalité de l'Outaouais sont incomplètes pour l'année 1998. Cependant, la comparaison avec les données de l'ensemble du Québec pour les années antérieures laisse croire que la sous-estimation serait de l'ordre de 1 à 2 %.
3. Nombre annuel moyen.

(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.
* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.
Etant donné les très faibles effectifs aux âges élevés, les valeurs obtenues pour les régions Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James sont jugées imprécises et ne sont présentées qu'à titre indicatif.

Source: Tableau en provenance du centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec
Fichier des décès du Québec, janvier 2002, MSSS

Tableau 55
Sexes réunis
Taux ajusté[1] de mortalité par tumeurs (CIM-9 140 à 239) selon le siège et la région, Québec, 1994-1998[2]

(Taux annuel moyen pour 100 000)

	Estomac	Côlon et rectum	Pancréas	Poumon	Vessie	Lymphome non-hodgkinien	Rein	Leucémie	Ensemble des sièges	
Région	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Nombre[3]	Taux
Bas-Saint-Laurent	* 12,0	24,4	* 10,5	63,1	* 3,7	* 6,1	* 4,3	* 7,0	516	218,8
Saguenay—Lac-Saint-Jean	* 12,2	29,4	* 12,1	76,6 (+)	* 5,7	* 7,8	* 4,6	* 8,2	633	247,5 (+)
Québec	8,1	27,4	11,0	62,8	5,2	7,2	* 4,7	6,0	1 490	219,6
Mauricie et Centre-du-Québec	7,7	28,3	10,3	64,6	* 4,9	* 5,8	* 4,8	6,9	1 165	216,7
Estrie	* 9,5	23,5	* 9,5	58,3	* 4,4	* 8,6	* 5,0	* 6,8	635	208,0
Montréal-Centre	8,1	25,6	10,1	60,2 (-)	4,8	7,3	4,4	6,5	4 570	213,6
Outaouais	* 6,8	24,6	* 10,0	68,0	* 4,8	* 6,7	* 4,5	* 5,5	533	215,8
Abitibi-Témiscamingue	* 11,1	* 25,0	* 9,1	83,2 (+)	** 4,1	** 4,9	** 4,1	** 5,8	296	233,4
Côte-Nord	* 14,9	* 21,9	** 11,9	96,4 (+)	** 6,6	** 6,9	** 5,5	** 7,1	194	265,6 (+)
Nord-du-Québec	## 7,0	## 19,3	## 6,3	## 139,3	## 0,0	## 18,0	## 12,2	## 2,6	22	## 320,2
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	* 11,6	* 23,2	* 11,2	78,5	** 4,3	** 4,6	** 6,4	** 4,9	273	236,5
Chaudière-Appalaches	10,2	22,4	11,6	58,2	* 4,9	* 7,3	* 4,6	* 6,7	787	206,0
Laval	* 7,9	29,8	* 10,2	62,6	* 4,7	* 7,8	* 4,9	* 7,1	712	223,2
Lanaudière	* 9,2	27,5	* 10,6	79,2 (+)	* 5,8	* 7,4	* 5,5	* 6,7	749	241,3 (+)
Laurentides	*** 7,8**	**29,6**	**11,0**	**73,2**	*** 5,1**	*** 7,2**	*** 5,3**	*** 6,3**	**884**	**236,1 (+)**
Montérégie	7,4	28,1	11,1	63,1	4,5	7,5	5,2	6,4	2 488	217,8
Nunavik	## 3,4	## 38,7	## 16,5	## 190,9	## 0,0	## 19,7	## 0,0	## 0,0	9	## 490,6
Terres-Cries-de-la-Baie-James	## 0,0	## 8,6	## 0,0	## 128,4	## 0,0	## 0,0	## 15,6	## 1,0	9	## 319,5
ENSEMBLE DU QUÉBEC	8,5	26,5	10,6	64,6	4,8	7,1	4,8	6,5	15 967	219,5

1. Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.
2. Les données de mortalité de l'Outaouais sont incomplètes pour l'année 1998. Cependant, la comparaison avec les données de l'ensemble du Québec pour les années antérieures laisse croire que la sous-estimation serait de l'ordre de 1 à 2 %.
3. Nombre annuel moyen.

(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.
* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.
Etant donné les très faibles effectifs aux âges élevés, les valeurs obtenues pour les régions Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James sont jugées imprécises et ne sont présentées qu'à titre indicatif.

Source: Tableau en provenance du centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec
Fichier des décès du Québec, janvier 2002, MSSS

Tableau 56
Femmes
Taux ajusté[1] de mortalité par tumeurs (CIM-9 140 à 239) selon le siège et la région, Québec, 1994-1998[2]

(Taux annuel moyen pour 100 000)

	Estomac	Côlon et rectum	Pancréas	Poumon	Sein	Vessie	Lymphome non-hodgkinien	Rein	Leucémie	Ensemble des sièges	
Région	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Nombre[3]	Taux
Bas-Saint-Laurent	* 8,7	* 21,5	* 10,1	* 30,2	34,7	** 1,3	** 5,5	** 3,1	** 4,8	224	170,5
Saguenay—Lac-Saint-Jean	* 7,4	25,3	* 10,5	36,5	35,1	** 1,7	** 6,0	** 3,5	* 6,7	267	185,1
Québec	* 5,9	22,1	9,3	35,6	33,8	* 2,6	* 5,4	* 3,6	* 4,4	710	173,8
Mauricie et Centre-du-Québec	* 4,5	22,0	* 9,5	33,1	28,7	** 2,1	* 4,6	* 3,4	* 5,2	505	163,2
Estrie	* 6,1	* 17,3	* 8,0	32,0	28,6	** 3,3	* 7,5	** 3,7	** 5,1	279	160,3
Montréal-Centre	5,4	21,1	8,3	38,2	34,0	2,5	5,7	2,9	4,9	2 229	173,7
Outaouais	** 3,5	* 22,1	* 9,5	41,9	26,1	** 2,6	** 5,4	** 3,5	** 4,2	235	169,9
Abitibi-Témiscamingue	** 7,6	* 24,0	** 5,6	* 43,3	* 26,1	** 1,2	** 4,6	** 3,8	** 3,4	121	176,5
Côte-Nord	** 10,3	** 18,3	** 6,9	* 53,9	* 31,7	** 0,0	** 6,9	** 2,6	** 2,9	75	190,8
Nord-du-Québec	## 0,0	## 23,5	## 2,2	## 73,9	## 13,2	## 0,0	## 12,6	## 0,0	## 0,0	7	## 179,1
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	** 6,6	* 17,9	** 8,1	* 37,2	* 27,0	** 1,3	** 4,9	** 3,3	** 3,4	102	164,5
Chaudière-Appalaches	* 6,2	18,3	* 10,6	25,7 (-)	26,2	** 1,9	* 6,4	** 3,2	* 5,2	322	149,2 (-)
Laval	* 5,1	25,0	* 9,4	41,6	34,4	** 2,1	* 7,4	** 2,8	* 5,2	335	183,7
Lanaudière	* 6,5	21,8	* 9,2	47,8	31,4	** 2,2	* 5,8	** 3,8	** 4,4	317	185,6
Laurentides	* 4,9	25,2	* 8,5	43,5	33,6	** 2,7	* 6,2	** 4,1	** 3,9	386	187,0
Montérégie	* 5,1	22,5	9,3	38,6	32,2	* 2,8	6,2	* 3,5	* 4,7	1 136	174,1
Nunavik	## 0,0	## 35,7	## 0,0	## 178,8	## 0,0	## 0,0	## 15,8	## 0,0	## 0,0	4	## 281,9
Terres-Cries-de-la-Baie-James	## 0,0	## 6,1	## 0,0	## 26,4	## 29,6	## 0,0	## 0,0	## 21,2	## 2,0	5	## 195,3
ENSEMBLE DU QUÉBEC	5,6	21,7	8,9	37,7	32,1	2,4	5,8	3,3	4,8	7 258	172,9

1. Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.
2. Les données de mortalité de l'Outaouais sont incomplètes pour l'année 1998. Cependant, la comparaison avec les données de l'ensemble du Québec pour les années antérieures laisse croire que la sous-estimation serait de l'ordre de 1 à 2 %.
3. Nombre annuel moyen.

(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.
* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.
Etant donné les très faibles effectifs aux âges élevés, les valeurs obtenues pour les régions Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Crie-de-la-Baie-James sont jugées imprécises et ne sont présentées qu'à titre indicatif.

Source: Tableau en provenance du centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec
Fichier des décès du Québec, janvier 2002, MSSS

Tableau 57
Hommes
Taux ajusté[1] de mortalité par tumeurs (CIM-9 140 à 239) selon le siège et la région, Québec, 1994-1998[2]

(Taux annuel moyen pour 100 000)

	Estomac	Côlon et rectum	Pancréas	Poumon	Prostate	Vessie	Lymphome non-hodgkinien	Rein	Leucémie	Ensemble des sièges	
Région	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Nombre[3]	Taux
Bas-Saint-Laurent	* 16,4	* 28,6	* 11,3	106,9	* 31,4	** 7,4	** 6,9	** 5,9	* 9,6	292	288,2
Saguenay—Lac-Saint-Jean	* 19,4	36,2	* 14,5	132,0 (+)	* 28,8	* 12,0	* 10,0	** 5,9	* 10,0	366	339,1 (+)
Québec	* 11,9	36,6	* 13,4	105,4	27,8	* 10,5	* 9,8	* 6,5	* 8,5	780	298,8
Mauricie et Centre-du-Québec	* 12,2	37,3	* 11,3	109,6	29,4	* 9,4	* 7,3	* 6,5	* 9,4	660	297,8
Estrie	* 14,3	32,1	* 11,4	95,4	35,2	* 6,4	* 10,1	** 6,7	* 9,1	357	279,8
Montréal-Centre	12,4	33,0	13,0	94,5 (-)	27,2	8,9	9,5	6,8	8,8	2 341	281,4
Outaouais	* 11,8	* 27,1	* 10,2	104,3	* 34,2	** 7,9	* 8,3	** 5,6	** 7,1	298	284,1
Abitibi-Témiscamingue	** 15,4	* 26,4	** 12,9	131,4	* 31,8	** 8,3	** 5,2	** 4,5	** 8,4	175	304,5
Côte-Nord	** 19,4	* 27,1	** 18,5	145,4 (+)	* 32,1	** 15,3	** 7,0	** 9,0	** 12,3	119	358,7 (+)
Nord-du-Québec	## 11,8	## 9,9	## 9,6	## 231,3	## 20,9	## 0,0	## 28,1	## 33,0	## 4,7	15	## 480,9
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	* 17,6	* 29,5	** 14,8	128,0	* 32,6	** 8,4	** 4,1	** 9,6	** 6,5	171	327,2
Chaudière-Appalaches	* 15,8	27,8	* 13,1	100,4	33,1	* 9,9	* 8,4	* 6,5	* 8,6	466	286,5
Laval	* 11,9	36,2	* 11,6	94,5	36,2	* 9,6	* 8,6	* 7,3	* 10,2	377	292,3
Lanaudière	* 11,9	35,0	* 12,1	119,6	* 28,7	* 11,6	* 9,8	* 7,7	* 9,7	432	319,0
Laurentides	* 11,5	34,9	* 13,9	111,6	32,5	* 8,9	* 8,3	* 6,6	* 9,6	499	304,7
Montérégie	10,2	36,3	13,2	98,1	31,7	* 7,5	9,3	7,3	8,8	1 351	283,9
Nunavik	## 6,1	## 47,4	## 34,4	## 210,5	## 0,0	## 0,0	## 22,4	## 0,0	## 0,0	5	## 566,1
Terres-Cries-de-la-Baie-James	## 0,0	## 7,4	## 0,0	## 169,8	## 27,5	## 0,0	## 0,0	## 8,6	## 0,0	4	## 308,0
ENSEMBLE DU QUÉBEC	12,8	33,6	12,8	103,4	30,1	8,9	8,9	6,8	8,9	8 709	292

1. Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.
2. Les données de mortalité de l'Outaouais sont incomplètes pour l'année 1998. Cependant, la comparaison avec les données de l'ensemble du Québec pour les années antérieures laisse croire que la sous-estimation serait de l'ordre de 1 à 2 %.
3. Nombre annuel moyen.

(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Étant donné les très faibles effectifs aux âges élevés, les valeurs obtenues pour les régions Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James sont jugées imprécises et ne sont présentées qu'à titre indicatif.

Source: Tableau en provenance du centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec
Fichier des décès du Québec, janvier 2002, MSSS

Tableau 57
Hommes
Taux ajusté[1] de mortalité par tumeurs (CIM-9 140 à 239) selon le siège et la région, Québec, 1994-1998[2]

(Taux annuel moyen pour 100 000)

	Estomac	Côlon et rectum	Pancréas	Poumon	Prostate	Vessie	Lymphome non-hodgkinien	Rein	Leucémie	Ensemble des sièges	
Région	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Taux	Nombre[3]	Taux
Bas-Saint-Laurent	* 16,4	* 28,6	* 11,3	106,9	* 31,4	** 7,4	** 6,9	** 5,9	* 9,6	292	288,2
Saguenay—Lac-Saint-Jean	* 19,4	36,2	* 14,5	132,0 (+)	* 28,8	* 12,0	* 10,0	** 5,9	* 10,0	366	339,1 (+)
Québec	* 11,9	36,6	* 13,4	105,4	27,8	* 10,5	* 9,8	* 6,5	* 8,5	780	298,8
Mauricie et Centre-du-Québec	* 12,2	37,3	* 11,3	109,6	29,4	* 9,4	* 7,3	* 6,5	* 9,4	660	297,8
Estrie	* 14,3	32,1	* 11,4	95,4	35,2	* 6,4	* 10,1	** 6,7	* 9,1	357	279,8
Montréal-Centre	12,4	33,0	13,0	94,5 (-)	27,2	8,9	9,5	6,8	8,8	2 341	281,4
Outaouais	* 11,8	* 27,1	* 10,2	104,3	* 34,2	** 7,9	* 8,3	** 5,6	** 7,1	298	284,1
Abitibi-Témiscamingue	** 15,4	* 26,4	** 12,9	131,4	* 31,8	** 8,3	** 5,2	** 4,5	** 8,4	175	304,5
Côte-Nord	** 19,4	* 27,1	** 18,5	145,4 (+)	* 32,1	** 15,3	** 7,0	** 9,0	** 12,3	119	358,7 (+)
Nord-du-Québec	## 11,8	## 9,9	## 9,6	## 231,3	## 20,9	## 0,0	## 28,1	## 33,0	## 4,7	15	## 480,9
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	* 17,6	* 29,5	** 14,8	128,0	* 32,6	** 8,4	** 4,1	** 9,6	** 6,5	171	327,2
Chaudière-Appalaches	* 15,8	27,8	* 13,1	100,4	33,1	* 9,9	* 8,4	* 6,5	* 8,6	466	286,5
Laval	* 11,9	36,2	* 11,6	94,5	36,2	* 9,6	* 8,6	* 7,3	* 10,2	377	292,3
Lanaudière	* 11,9	35,0	* 12,1	119,6	* 28,7	* 11,6	* 9,8	* 7,7	* 9,7	432	319,0
Laurentides	*** 11,5**	**34,9**	*** 13,9**	**111,6**	**32,5**	*** 8,9**	*** 8,3**	*** 6,6**	*** 9,6**	**499**	**304,7**
Montérégie	10,2	36,3	13,2	98,1	31,7	* 7,5	9,3	7,3	8,8	1 351	283,9
Nunavik	## 6,1	## 47,4	## 34,4	## 210,5	## 0,0	## 0,0	## 22,4	## 0,0	## 0,0	5	## 566,1
Terres-Cries-de-la-Baie-James	## 0,0	## 7,4	## 0,0	## 169,8	## 27,5	## 0,0	## 0,0	## 8,6	## 0,0	4	## 308,0
ENSEMBLE DU QUÉBEC	12,8	33,6	12,8	103,4	30,1	8,9	8,9	6,8	8,9	8 709	292

1. Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 1996.
2. Les données de mortalité de l'Outaouais sont incomplètes pour l'année 1998. Cependant, la comparaison avec les données de l'ensemble du Québec pour les années antérieures laisse croire que la sous-estimation serait de l'ordre de 1 à 2 %.
3. Nombre annuel moyen.

(-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de l'ensemble du Québec, au seuil de 0,05.
* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.
Etant donné les très faibles effectifs aux âges élevés, les valeurs obtenues pour les régions Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James sont jugées imprécises et ne sont présentées qu'à titre indicatif.

Source: Tableau en provenance du centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec
Fichier des décès du Québec, janvier 2002, MSSS

Tableau 58
extrait 1991à 1998

Incidence du cancer chez les enfants de 0 à 14 ans et de 15 à 19 ans, selon le siège de cancer, Québec, 1984 à 1998 (nombres et taux bruts)

AN	ÂGE	Données	204-208 Leucémie	200-203 Lymphome	191-192 Encéphale et moelle épinière	193-194 Glandes endocrines	140-190;195-199 Autres tumeurs malignes	140-208 tumeurs malignes sauf 173
1991	0-14	N	80	27	38	15	69	229
		%	34,9	11,8	16,6	6,6	30,1	100,0
		TB	5,7	1,9	2,7	1,1		16,4
	15-19	N	11	32	9	10	32	94
		%	11,7	34,0	9,6	10,6	34,0	100,0
		TB	2,4	6,9	1,9	2,1		20,2
1992	0-14	N	68	31	40	24	84	247
		%	27,5	12,6	16,2	9,7	34,0	100,0
		TB	4,8	2,2	2,8	1,7		17,6
	15-19	N	12	29	18	8	32	99
		%	12,1	29,3	18,2	8,1	32,3	100,0
		TB	2,5	6,1	3,8	1,7		21,0
1993	0-14	N	72	26	44	19	86	247
		%	29,1	10,5	17,8	7,7	34,8	100,0
		TB	5,1	1,8	3,1	1,3		17,5
	15-19	N	20	39	14	12	33	118
		%	16,9	33,1	11,9	10,2	28,0	100,0
		TB	4,2	8,1	2,9	2,5		24,5
1994	0-14	N	59	26	37	23	86	231
		%	25,5	11,3	16,0	10,0	37,2	100,0
		TB	4,2	1,9	2,6	1,6		16,4
	15-19	N	12	30	7	5	35	89
		%	13,5	33,7	7,9	5,6	39,3	100,0
		TB	2,5	6,1	1,4	1,0		18,2
1995	0-14	N	74	35	35	19	88	251
		%	29,5	13,9	13,9	7,6	35,1	100,0
		TB	5,3	2,5	2,5	1,4		18,0
	15-19	N	9	21	13	11	33	87
		%	10,3	24,1	14,9	12,6	37,9	100,0
		TB	1,8	4,2	2,6	2,2		17,5
1996	0-14	N	63	24	45	10	63	205
		%	30,7	11,7	22,0	4,9	30,7	100,0
		TB	4,6	1,7	3,3	0,7		14,8
	15-19	N	12	30	7	12	35	96
		%	12,5	31,3	7,3	12,5	36,5	100,0
		TB	2,4	6,0	1,4	2,4		19,2
1997	0-14	N	63	25	38	11	74	211
		%	29,9	11,8	18,0	5,2	35,1	100,0
		TB	4,6	1,8	2,8	0,8		15,4
	15-19	N	16	28	10	4	32	90
		%	17,8	31,1	11,1	4,4	35,6	100,0
		TB	3,2	5,6	2,0	0,8		18,1
1998	0-14	N	64	20	45	13	72	214
		%	29,9	9,3	21,0	6,1	33,6	100,0
		TB	4,7	1,5	3,3	1,0		15,8
	15-19	N	5	30	5	8	37	85
		%	5,9	35,3	5,9	9,4	43,5	100,0
		TB	1,0	6,1	1,0	1,6		17,2

Source : Fichier des tumeurs du Québec
2001/10/23

Tableau 59
extrait 1991-1998

Mortalité par cancer chez les enfants de 0 à 14 ans et de 15 à 19 ans selon les principales causes de mortaltié par cancer, Québec, 1976 à 1998 (nombres et taux bruts)

AN	ÂGE	Données	204-208 Leucémie	200-203 Lymphome	191-192 Encéphale et moelle épinière	193-194 Glandes endocrines	140-190;195-199 Autres tumeurs malignes	140-208 tumeurs malignes sauf 173
1991	0-14	n	16	2	17	6	11	52
		%	30,8	3,8	32,7	11,5	21,2	100,0
		tb	1,1	0,1	1,2	0,4	0,8	3,7
	15-19	n	5	2	5		8	20
		%	25,0	10,0	25,0	0,0	40,0	100,0
		tb	1,1	0,4	1,1	0,0	1,7	4,3
1992	0-14	n	20	3	20	7	8	58
		%	34,5	5,2	34,5	12,1	13,8	100,0
		tb	1,4	0,2	1,4	0,5	0,6	4,1
	15-19	n	2	5			10	17
		%	11,8	29,4	0,0	0,0	58,8	100,0
		tb	0,4	1,1	0,0	0,0	2,1	3,6
1993	0-14	n	12	1	12	8	13	46
		%	26,1	2,2	26,1	17,4	28,3	100,0
		tb	0,9	0,1	0,9	0,6	0,9	3,3
	15-19	n	9	6	3		8	26
		%	34,6	23,1	11,5	0,0	30,8	100,0
		tb	1,9	1,2	0,6	0,0	1,7	5,4
1994	0-14	n	11	3	6	6	14	40
		%	27,5	7,5	15,0	15,0	35,0	100,0
		tb	0,8	0,2	0,4	0,4	1,0	2,8
	15-19	n	8	3	4		11	26
		%	30,8	11,5	15,4	0,0	42,3	100,0
		tb	1,6	0,6	0,8	0,0	2,2	5,3
1995	0-14	n	8	3	11	5	13	40
		%	20,0	7,5	27,5	12,5	32,5	100,0
		tb	0,6	0,2	0,8	0,4	0,9	2,9
	15-19	n	4	2	5	1	6	18
		%	22,2	11,1	27,8	5,6	33,3	100,0
		tb	0,8	0,4	1,0	0,2	1,2	3,6
1996	0-14	n	16	4	12	4	5	41
		%	39,0	9,8	29,3	9,8	12,2	100,0
		tb	1,2	0,3	0,9	0,3	0,4	3,0
	15-19	n	3	4	4		4	15
		%	20,0	26,7	26,7	0,0	26,7	100,0
		tb	0,6	0,8	0,8	0,0	0,8	3,0
1997	0-14	n	17	4	16	2	8	46
		%	37,0	8,7	34,8	4,3	17,4	100,0
		tb	1,2	0,3	1,2	0,1	0,6	3,4
	15-19	n	5	3	4	1	8	20
		%	25,0	15,0	20,0	5,0	40,0	100,0
		tb	1,0	0,6	0,8	0,2	1,6	4,0
1998	0-14	n	7	2	11	2	11	33
		%	21,2	6,1	33,3	6,1	33,3	100,0
		tb	0,5	0,1	0,8	0,1	0,8	2,4
	15-19	n	6	2	4		5	16
		%	37,5	12,5	25,0	0,0	31,3	100,0
		tb	1,2	0,4	0,8	0,0	1,0	3,2

Source : Fichier des décès du Québec
2001/10/23

4.3 PORTRAIT DE SANTÉ DE LA POPULATION DES LAURENTIDES PAR TERRITOIRE DE CLSC

Cette section présente les causes de mortalité par tumeurs malignes défini au chapitre 5 du Portrait de santé préparé par la Direction de santé publique, de planification et de l'évaluation au quatrième trimestre 2001 pour chacun des territoires de CLSC des Laurentides[22]. Quatre systèmes ont été étudiés : les tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon, les tumeurs malignes du sein, les tumeurs malignes du côlon et du rectum et les tumeurs malignes de la prostate.

On y présente les caractéristiques générales suivi des spécifications de chaque territoire et leur graphique.

4.3.1 Mortalité par tumeurs malignes

De nature et de répartition anatomique variables, les tumeurs malignes diffèrent également les unes des autres sur le plan des facteurs de risque, du pronostic de survie, de même que sur celui des traitements. Après les maladies de l'appareil circulatoire, ce sont les tumeurs malignes qui causent le plus grand nombre de décès dans la population. Globalement, le taux de mortalité par tumeurs malignes est plus élevé chez les hommes que du côté des femmes et augmente fortement avec l'âge. Au Québec, le taux brut de mortalité par tumeurs malignes augmente depuis plusieurs décennies. Cette progression est liée principalement au vieillissement de la population ainsi qu'au recul qu'accusent d'autres causes de mortalité. Les tumeurs malignes sont responsables de près du tiers des décès chez les hommes et chez les femmes. Du côté des femmes, le cancer du poumon détrône désormais le cancer du sein au premier rang des tumeurs malignes causant le décès. Pour leur part, les tumeurs malignes du côlon et du rectum occupent le troisième rang. Chez les hommes, ce sont les cancers du poumon, du côlon ou du rectum et le cancer de la prostate qui provoquent le plus grand nombre de décès.

De 1995 à 1997, les tumeurs malignes ont été la cause principale de 31,2 % des décès survenus dans la région des Laurentides. Chez les hommes, le taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes accuse, depuis 1992, une légère baisse au Québec, alors que, dans la région, la baisse ne se manifeste que depuis 1995 (figure 5.24). À partir de 1989, le taux régional excède celui de la province. Chez les femmes, le taux ajusté est en légère progression dans la région, tandis qu'il est stable au Québec (figure 5.25). Au cours de la dernière période (1995-97), le taux ajusté de mortalité observé chez les femmes était nettement plus élevé dans la région (182,2 par 100 000) que dans l'ensemble du Québec (169,6 par 100 000).

À l'échelle sous-régionale, ce sont les hommes des territoires Thérèse-de-Blainville et Arthur Buies qui obtiennent un taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes globalement supérieur à la moyenne régionale.

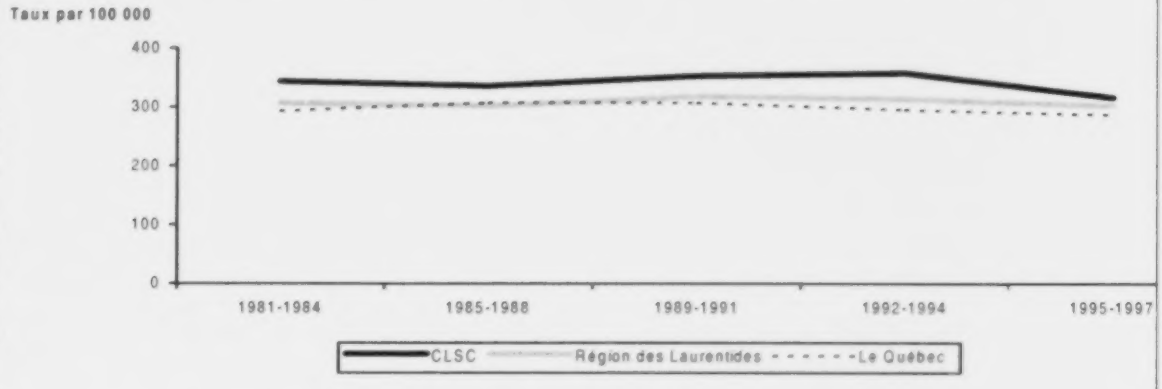
[22] Voir la référence de chaque territoire dans la bibliographie

4.3.1.1 Territoire Arthur-Buies

Sur le territoire du CLSC Arthur-Buies, le taux ajusté de mortalité par cancer fluctue quelque peu d'une période à l'autre. Chez les femmes, il semble être stable depuis 1992 et se situe tout près ou correspond exactement à la moyenne régionale. Du côté des hommes, le taux ajusté se maintient nettement au dessus de la moyenne régionale. Toutefois, il a atteint son plus bas niveau au cours de la dernière période (1995-97) et se situait alors légèrement au-dessus du taux régional. À cette époque, le taux enregistré par ce territoire de CLSC s'élevait à 316,6 par 100 000 chez les hommes et à 182,1 par 100 000 chez les femmes.

Figure 5.24

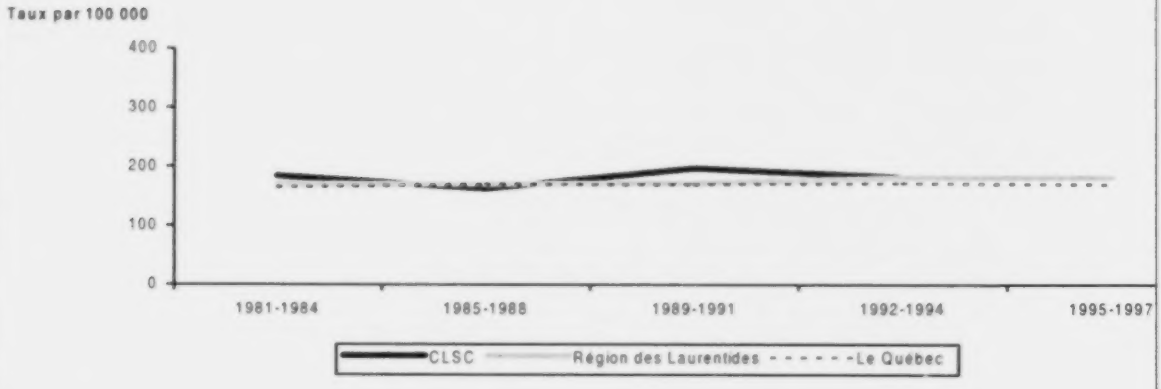
Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes, chez les hommes CLSC Arthur-Buies, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Figure 5.25

Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes, chez les femmes CLSC Arthur-Buies, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



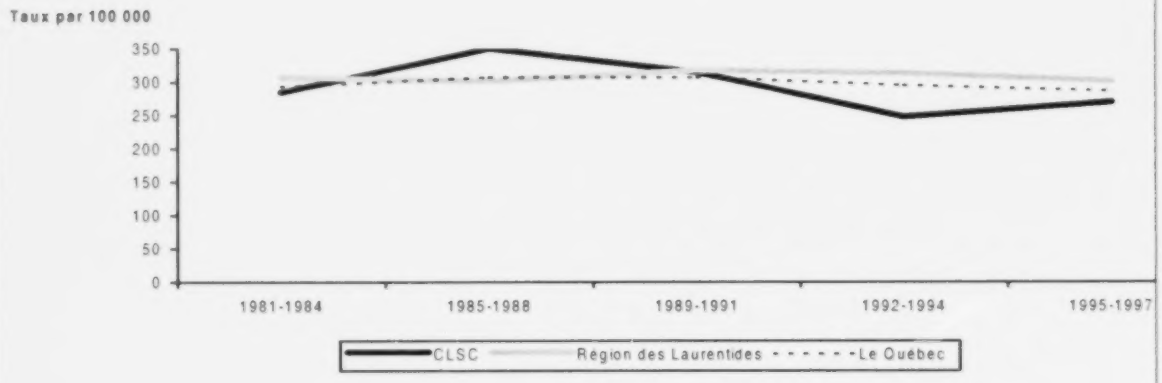
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.1.2 Territoire d'Argenteuil

Pour leur part, les hommes et les femmes du territoire d'Argenteuil affichent un taux ajusté de mortalité par cancer qui, la plupart du temps, est inférieur ou similaire à celui de la région. Chez les hommes, le taux ajusté fluctue d'une période à l'autre, tandis que chez les femmes il est à la baisse au moins depuis 1985. Au cours de la dernière période (1995-97), le taux observé sur ce territoire s'élevait à 270,5 par 100 000 chez les hommes et à 151,3 par 100 000 chez les femmes. Dans les deux cas, il était inférieur à la moyenne régionale.

Figure 5.24

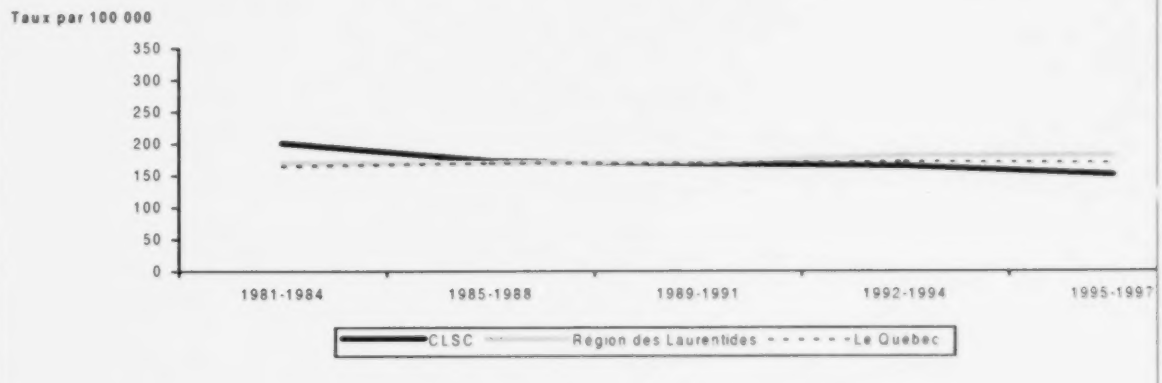
Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes, chez les hommes CLSC d'Argenteuil, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Figure 5.25

Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes, chez les femmes CLSC d'Argenteuil, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



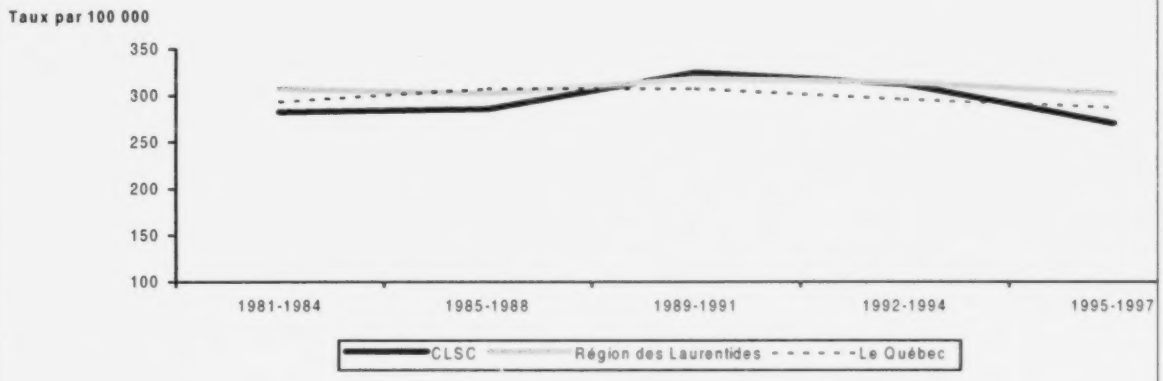
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.1.3 Territoire des Hautes-Laurentides

Pour leur part, les hommes et les femmes du territoire de Hautes-Laurentides montrent des taux ajustés de mortalité par cancer similaires ou inférieurs à ceux de la région. Chez les hommes, le taux ajusté diminue depuis 1992. En revanche, du côté des femmes, le taux ajusté a fait un bond en 1992 et se maintient à ce niveau depuis. Durant la dernière période (1995-97), les femmes de ce territoire présentaient un taux ajusté de mortalité (175,3 par 100 000) qui était similaire à celui des femmes de la région, alors que chez les hommes, le taux du territoire (270,3 par 100 000) était moins élevé que celui de la région.

Figure 5.24

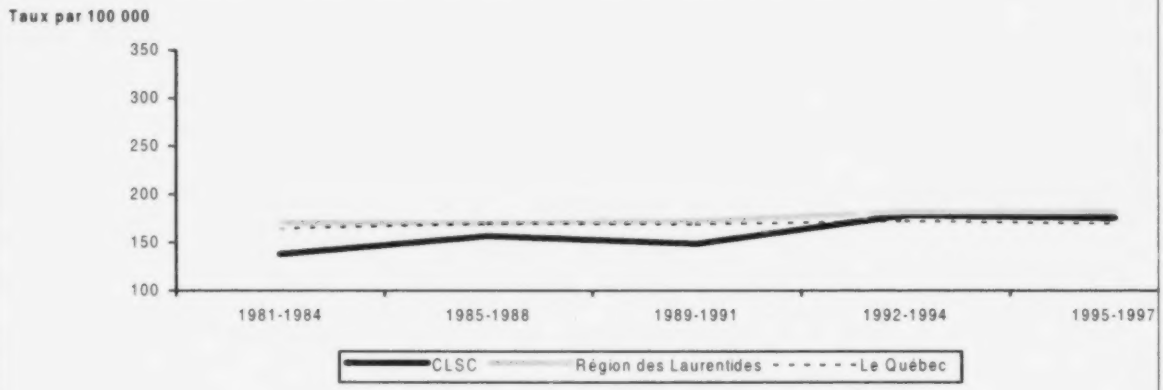
Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes, chez les hommes CLSC Hautes-Laurentides, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Figure 5.25

Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes, chez les femmes CLSC Hautes-Laurentides, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



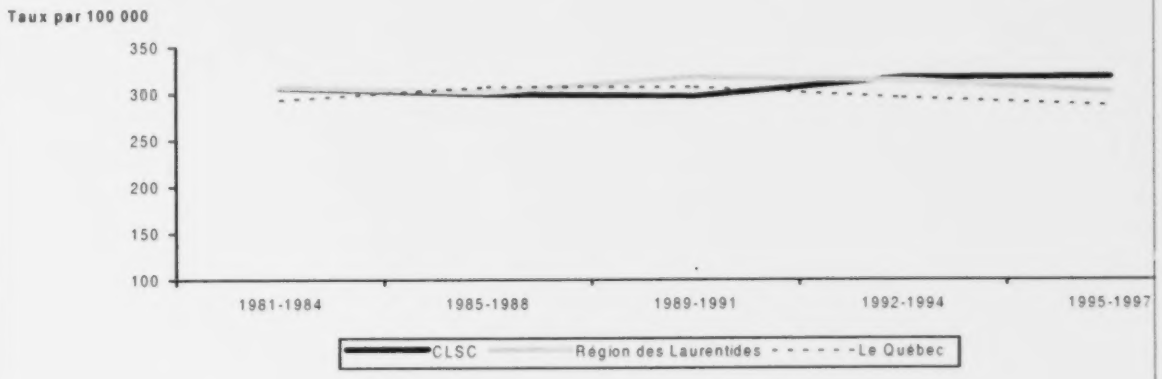
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.1.4 Territoire Jean-Olivier-Chénier

En ce qui concerne le territoire du CLSC Jean-Olivier-Chénier, son taux ajusté de mortalité par cancer fluctue considérablement du côté des femmes. Chez les hommes et les femmes, il est plus élevé depuis 1992. Au cours de la dernière période (1995-97), les hommes de ce territoire affichaient un taux ajusté supérieur à la moyenne régionale (318,1 par 100 000 comparativement à 302,5 pour la région). Pour leur part, les femmes présentaient un taux ajusté plutôt équivalent à celui de la région et qui s'élevait à 188,3 par 100 000.

Figure 5.24

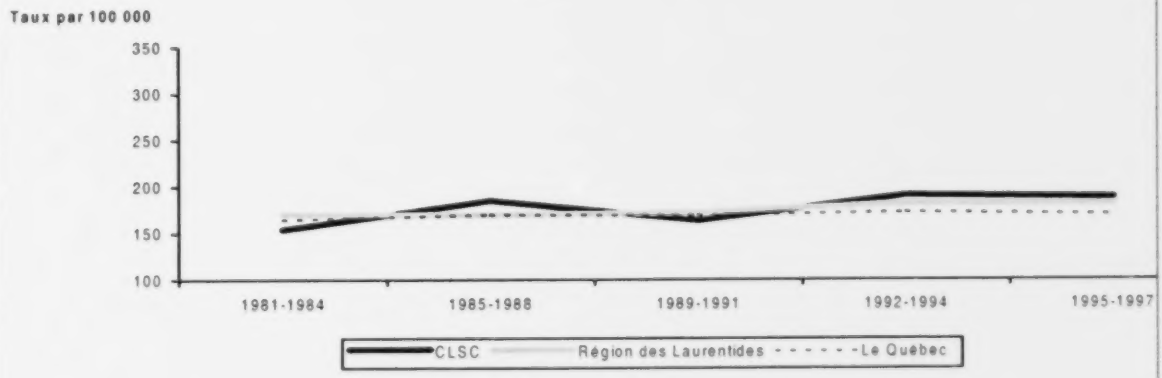
Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes, chez les hommes CLSC Jean-Olivier-Chénier, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Figure 5.25

Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes, chez les femmes CLSC Jean-Olivier-Chénier, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



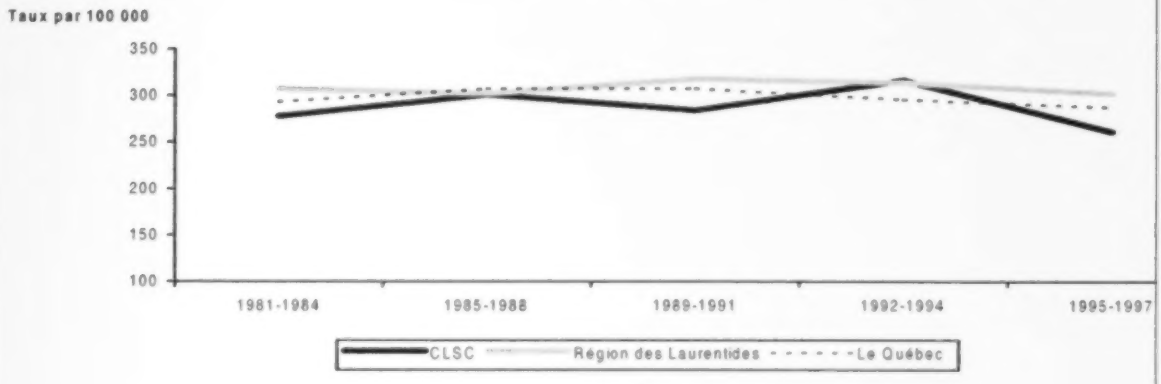
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.1.5 Territoire des Pays-d'en-Haut

Pour leur part, les hommes et les femmes du territoire du CLSC des Pays-d'en-Haut obtiennent, depuis 1981, un taux ajusté de mortalité par cancer inférieur ou équivalent à celui de la région. De plus, chez les hommes de ce territoire, le taux ajusté fluctue d'une période à l'autre. Chez les femmes, il semble demeurer stable après s'être accru en 1992. Au cours de la dernière période (1995-97), le taux s'élevait à 261,1 par 100 000 chez les hommes et à 184,6 par 100 000 chez les femmes.

Figure 5.24

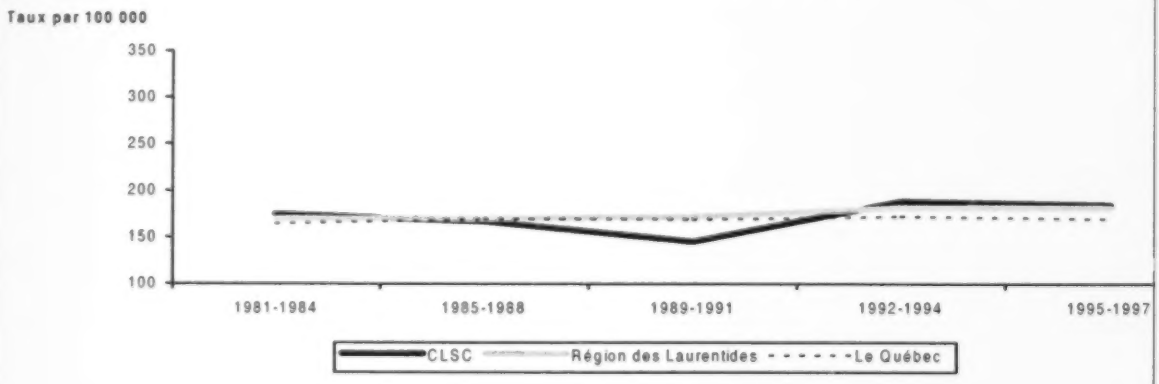
Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes, chez les hommes CLSC des Pays-d'en-Haut, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Figure 5.25

Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes, chez les femmes CLSC des Pays-d'en-Haut, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



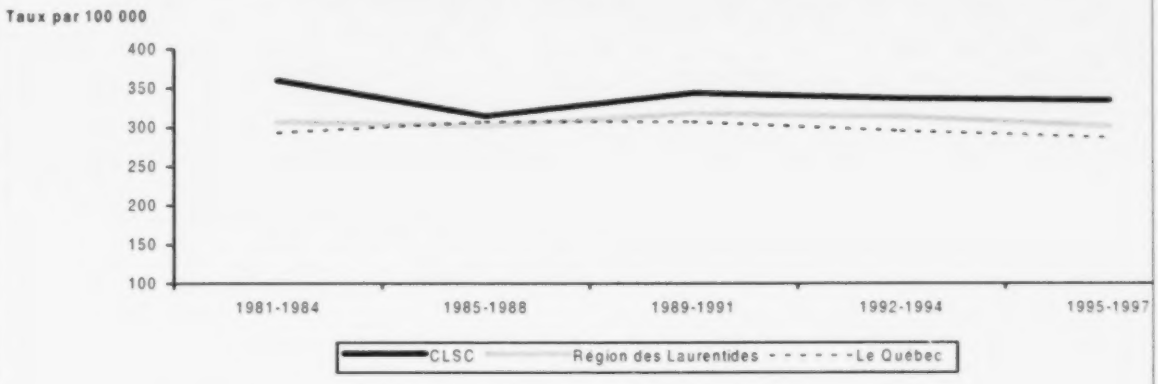
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.1.6 Territoire Thérèse-de-Blainville

Au cours de la dernière période, les hommes du territoire de Thérèse-de-Blainville ont enregistré le taux ajusté de mortalité par cancer le plus élevé de la région (335,0 par 100 000). En outre, depuis 1981, ils ont toujours affiché un taux de mortalité supérieur à celui de la région. Chez les femmes du territoire de Thérèse-de-Blainville, le taux ajusté de mortalité par cancer semble être en baisse depuis 1992. Au cours de la dernière période, il était similaire au taux régional et s'élevait alors à 178,3 par 100 000 femmes.

Figure 5.24

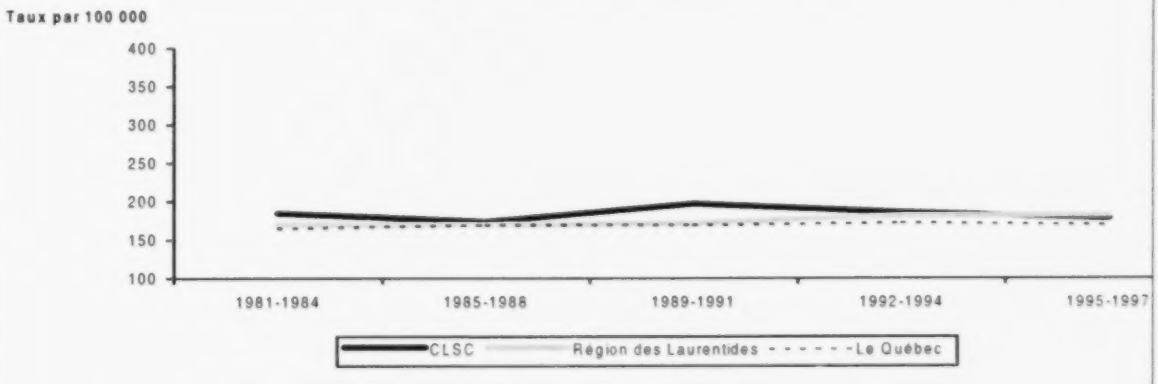
Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes, chez les hommes CLSC Thérèse-de-Blainville, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Figure 5.25

Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes, chez les femmes CLSC Thérèse-de-Blainville, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



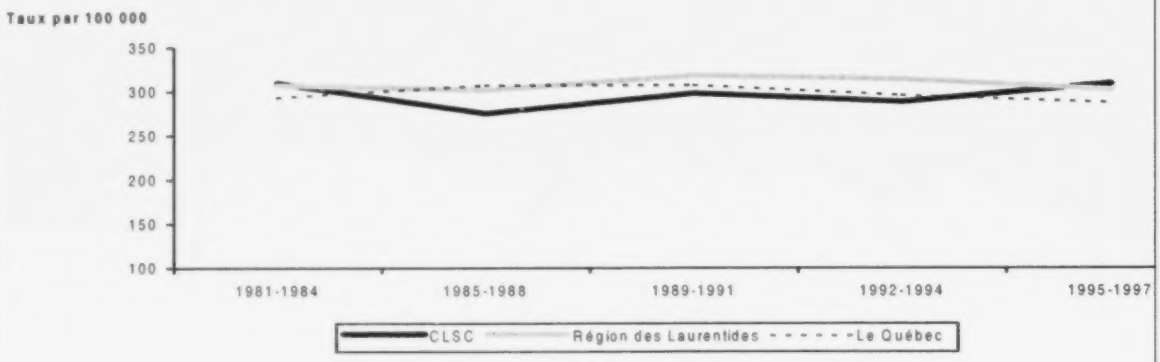
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.1.7 Territoire des Trois Vallées

Les hommes et les femmes du territoire des Trois Vallées affichent un taux ajusté de mortalité par cancer qui, la plupart du temps, est inférieur ou similaire à celui de la région. Cependant, chez les femmes, le taux excédait la moyenne régionale au cours de la dernière période (1995-97). En outre, chez les hommes, le taux ajusté est stable d'une période à l'autre, tandis que chez les femmes il est à la hausse depuis 1992. Au cours de la dernière période, le taux s'élevait à 309,2 par 100 000 chez les hommes et à 208,7 par 100 000 chez les femmes.

Figure 5.24

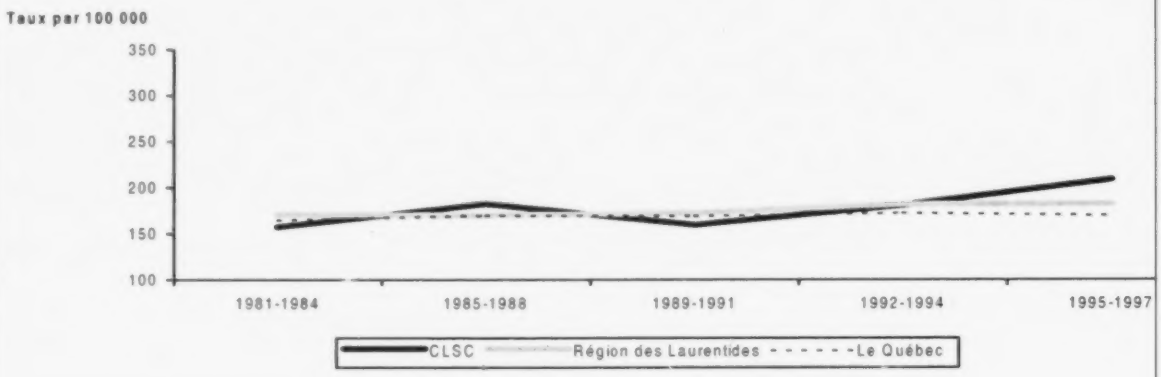
Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes, chez les hommes CLSC des Trois Vallées, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Figure 5.25

Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes, chez les femmes CLSC des Trois Vallées, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.2 TUMEURS MALIGNES DE LA TRACHÉE, DES BRONCHES ET DU POUMON

Les tumeurs malignes de la trachée, des bronches ou du poumon, plus simplement désignées sous le terme générique de « cancer du poumon », comptent parmi les maladies les mieux connues. Tant chez les hommes que chez les femmes, elles constituent la principale cause de décès par cancer. Au Québec, la mortalité par cancer du poumon est en progression chez les femmes, tandis qu'elle accuse un certain recul du côté des hommes. Cependant, beaucoup plus d'hommes que de femmes meurent à chaque année de cette maladie. D'autre part, le taux de mortalité par cancer du poumon augmente fortement avec l'âge.

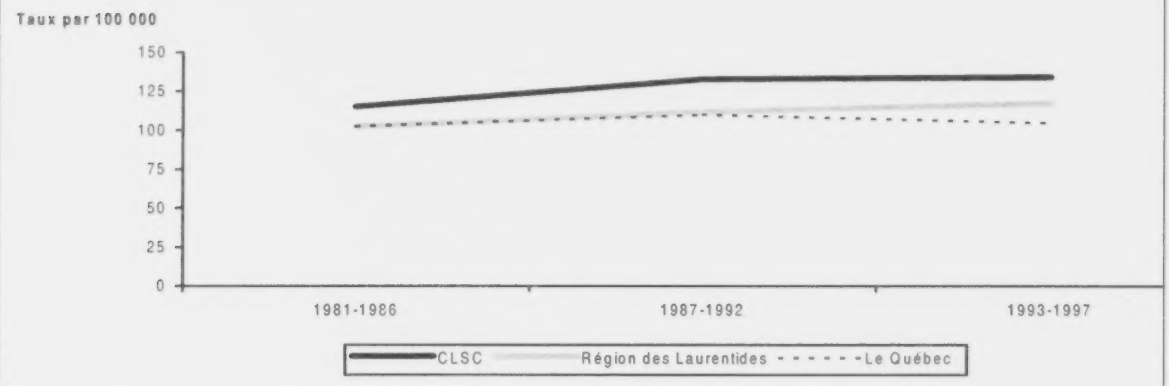
Au Québec, de 1981 à 1997, le taux ajusté de mortalité par cancer du poumon a augmenté de près de 70 % chez les femmes, alors que chez les hommes, il est demeuré stable (figures 5.26 et 5.27). Dans la région des Laurentides, par contre, le taux ajusté de mortalité par cancer du poumon a aussi augmenté chez les hommes (de 14 %). Du côté des femmes le taux régional s'est accru de 81,5 %.

4.3.2.1 Territoire Arthur-Buies

À l'échelle sous-régionale, ce sont les hommes du territoire Arthur-Buies qui obtiennent un taux ajusté de mortalité par cancer du poumon globalement supérieur à la moyenne régionale. En 1987, leur taux ajusté a fait un bond et s'est maintenu depuis à un niveau plus élevé. Chez les femmes de ce territoire, il augmente continuellement depuis 1981, mais demeure similaire au taux régional. De 1981 à 1997, le taux ajusté observé chez les femmes a presque doublé (90 % de plus). Au cours de la dernière période (1993-97), le taux s'élevait à 134,0 par 100 000 chez les hommes et à 46,0 par 100 000 chez les femmes.

Figure 5.26

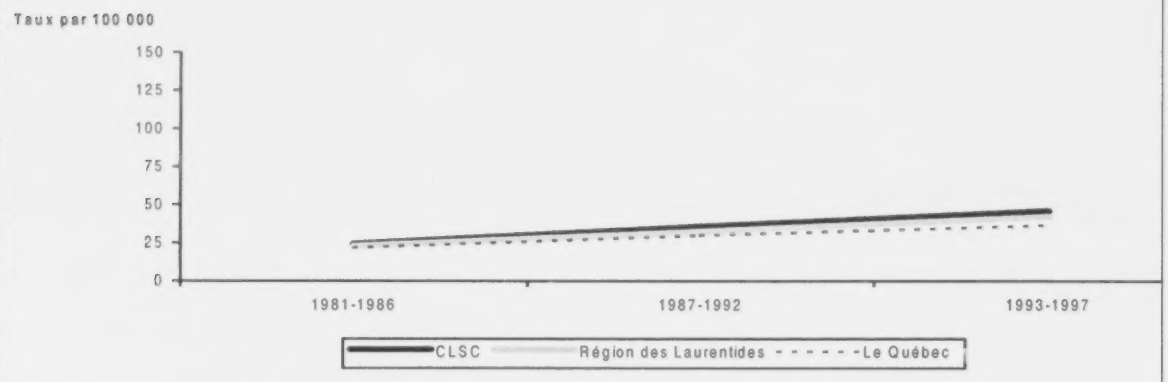
Taux ajusté de mortalité[1] par cancer du poumon, chez les hommes CLSC Arthur-Buies, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Figure 5.27

Taux ajusté de mortalité[1] par cancer du poumon, chez les femmes CLSC Arthur-Buies, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



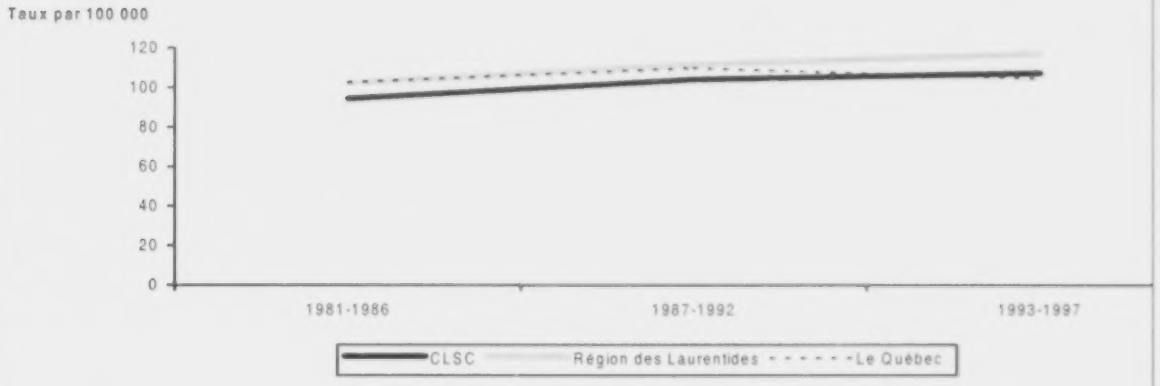
[1] Taux annuel moyen par 100 000 hab ants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.2.2 Territoire d'Argenteuil

Pour leur part, les hommes du territoire d'Argenteuil ont un taux ajusté de mortalité par cancer du poumon qui augmente avec le temps, mais qui se maintient malgré tout en-deçà de la moyenne régionale. Les femmes, quant à elles, affichent un taux stable qui tend à loger sous la moyenne régionale. Au cours de la dernière période (1993-97), le taux ajusté s'élevait à 107,5 par 100 000 chez les hommes et à 33,0 par 100 000 chez les femmes.

Figure 5.26

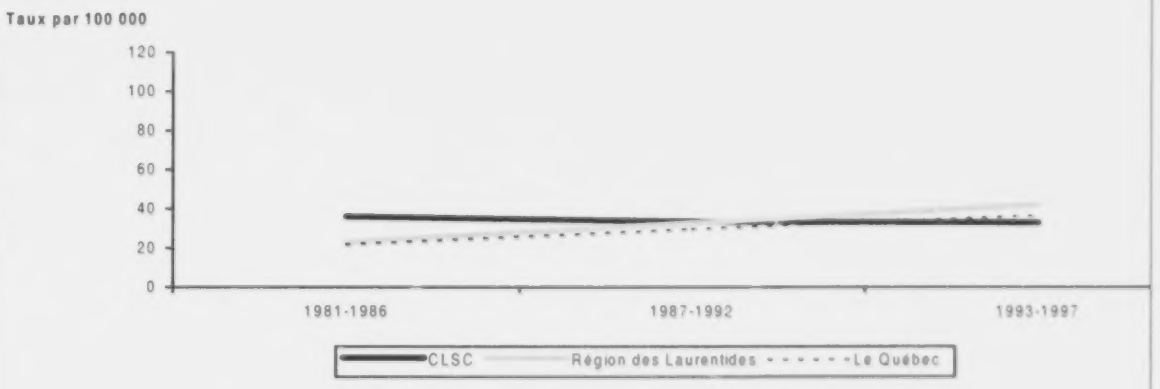
Taux ajusté de mortalité[1] par cancer du poumon, chez les hommes CLSC d'Argenteuil, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Figure 5.27

Taux ajusté de mortalité[1] par cancer du poumon, chez les femmes CLSC d'Argenteuil, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



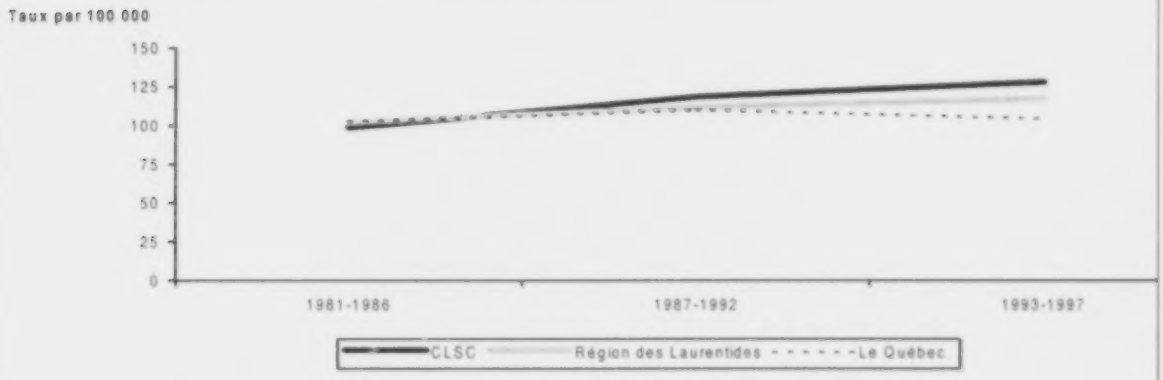
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.2.3 Territoire des Hautes-Laurentides

Pour leur part, les hommes et les femmes du territoire des Hautes-Laurentides enregistrent, depuis 1981, une augmentation de la mortalité par cancer du poumon. Cependant, le taux ajusté qu'ils affichaient au cours de la dernière période (1993-97) était similaire ou légèrement supérieur à celui de la région. Chez les hommes, le taux s'élevait alors à 128,1 par 100 000, tandis que chez les femmes, il était de 38,6 par 100 000.

Figure 5.26

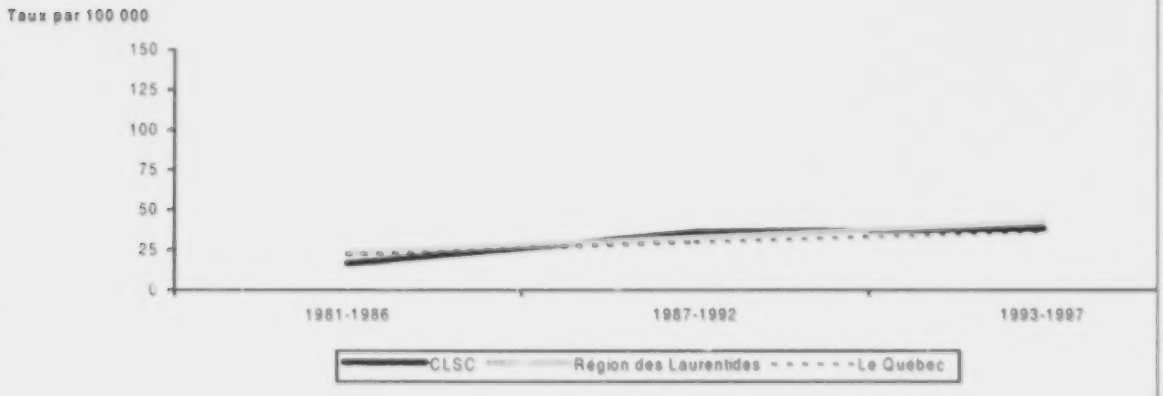
Taux ajusté de mortalité[1] par cancer du poumon, chez les hommes CLSC Hautes-Laurentides, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Figure 5.27

Taux ajusté de mortalité[1] par cancer du poumon, chez les femmes CLSC Hautes-Laurentides, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



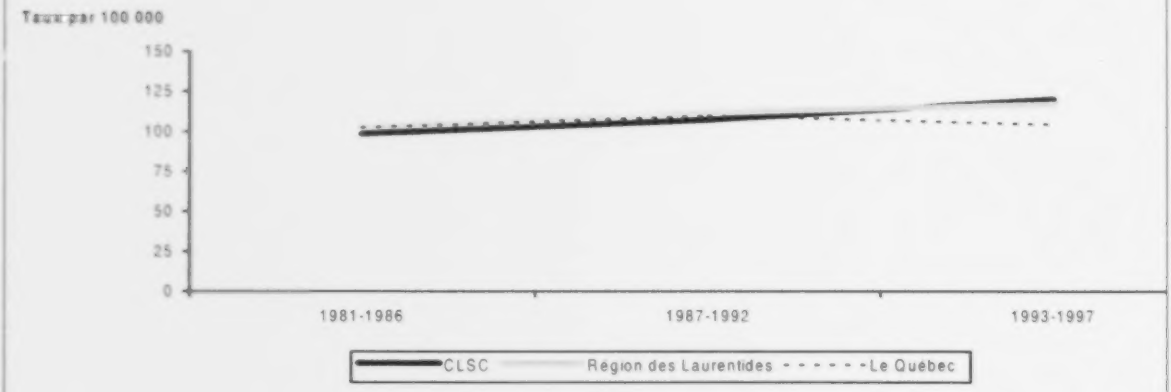
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.2.4 Territoire Jean-Olivier-Chénier

Pour sa part, la population du territoire du CLSC Jean-Olivier-Chénier enregistre un taux ajusté de mortalité par cancer du poumon sensiblement équivalent à celui de la région. Il a fortement augmenté de 1981 à 1997, plus particulièrement du côté des femmes. Dans ce territoire de CLSC, au cours de la dernière période (1993-97), le taux ajusté de mortalité par cancer du poumon s'élevait à 120,3 par 100 000 chez les hommes et à 41,5 par 100 000 du côté des femmes.

Figure 5.26

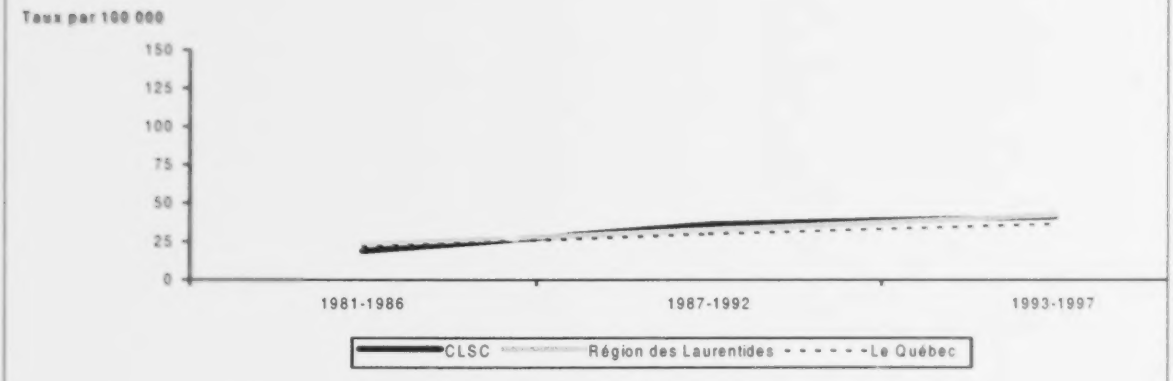
Taux ajusté de mortalité[1] par cancer du poumon, chez les hommes CLSC Jean-Olivier-Chénier, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Figure 5.27

Taux ajusté de mortalité[1] par cancer du poumon, chez les femmes CLSC Jean-Olivier-Chénier, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



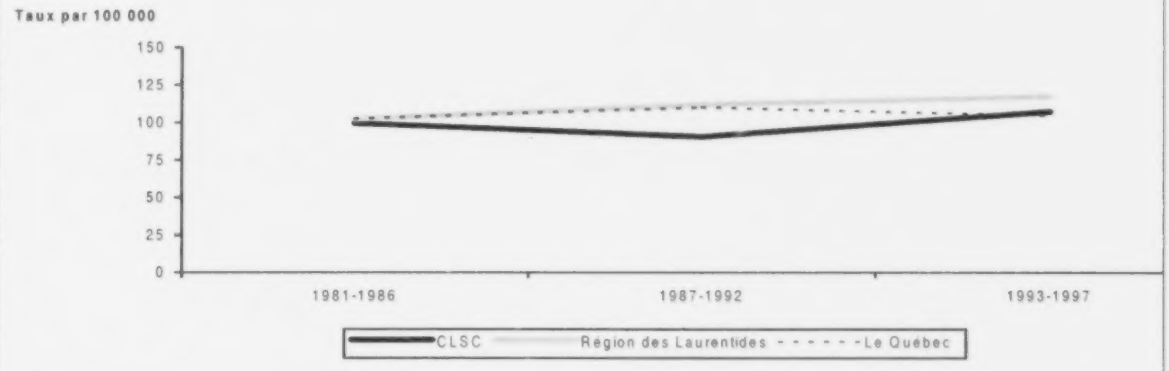
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.2.5 Territoire des Pays-d'en-Haut

Les hommes et les femmes du territoire des Pays-d'en-Haut ont vu leur taux ajusté de mortalité par cancer du poumon croître au cours de la dernière période (1993-97). Il s'élevait alors à 107,1 par 100 000 chez les hommes et à 35,0 par 100 000 chez les femmes. Depuis 1981, ce territoire enregistre un taux ajusté de mortalité inférieur ou similaire à celui de la région.

Figure 5.26

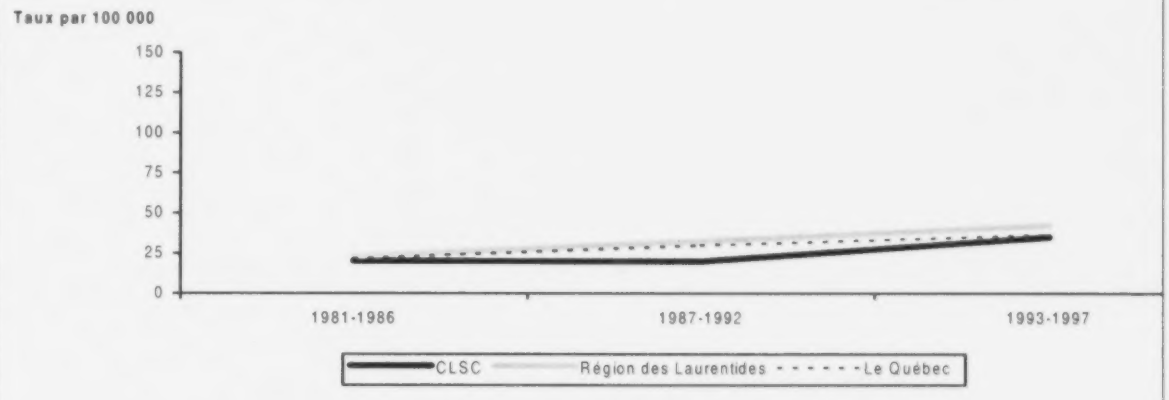
Taux ajusté de mortalité[1] par cancer du poumon, chez les hommes CLSC des Pays-d'en-Haut, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Figure 5.27

Taux ajusté de mortalité[1] par cancer du poumon, chez les femmes CLSC des Pays-d'en-Haut, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



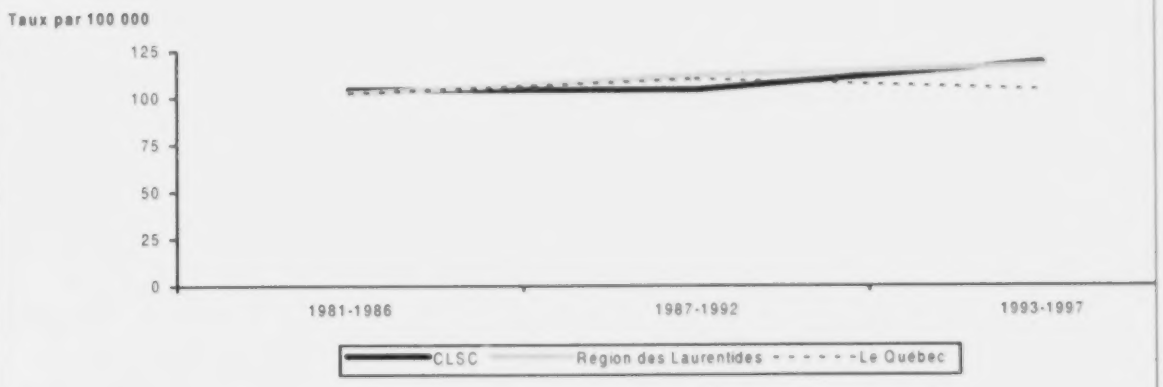
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.2.6 Territoire Thérèse-de-Blainville

Pour sa part, la population du territoire du CLSC Thérèse-de-Blainville enregistre un taux ajusté de mortalité par cancer du poumon sensiblement équivalent à celui de la région. Depuis 1981, il est en augmentation chez les femmes alors que, du côté des hommes, il a connu un essor au cours de la dernière période (1993-97). Il s'élevait alors à 118,9 par 100 000 chez les hommes et à 44,7 par 100 000 chez les femmes.

Figure 5.26

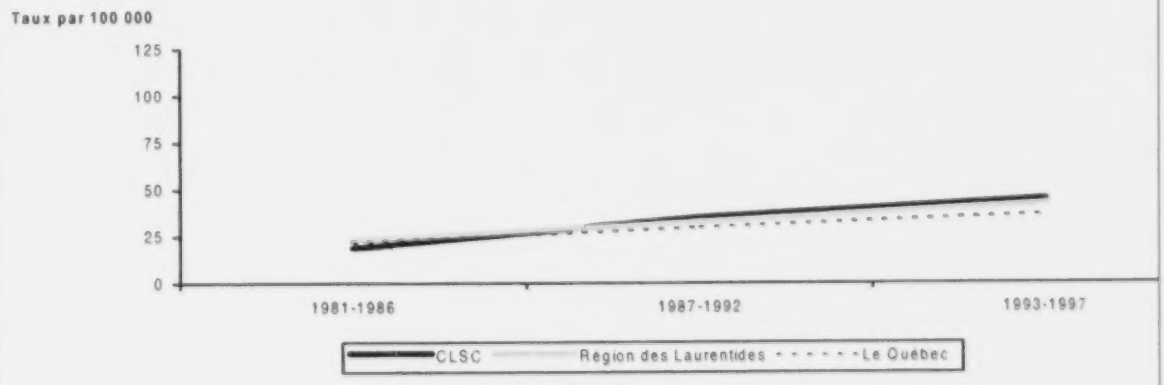
Taux ajusté de mortalité[1] par cancer du poumon, chez les hommes CLSC Thérèse-de-Blainville, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Figure 5.27

Taux ajusté de mortalité[1] par cancer du poumon, chez les femmes CLSC Thérèse-de-Blainville, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



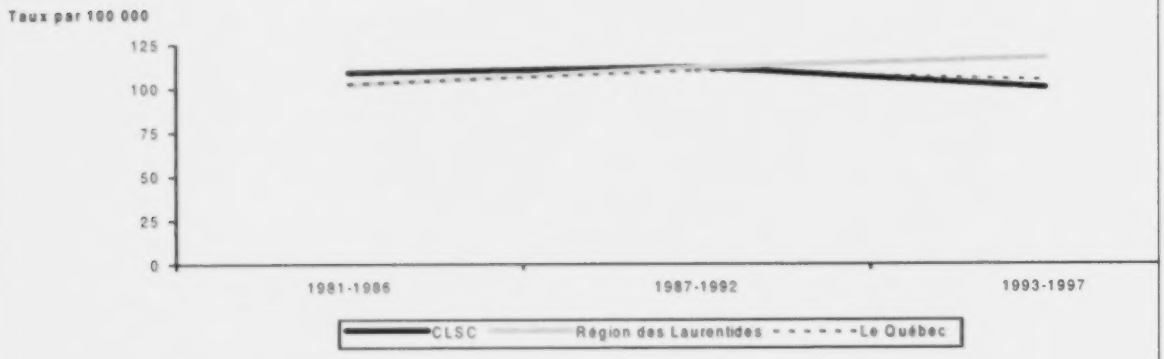
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.2.7 Territoire des Trois Vallées

Sur le territoire du CLSC des Trois Vallées, le taux ajusté de mortalité par cancer du poumon a, au cours de la dernière période (1993-97), accusé une baisse chez les hommes et une hausse chez les femmes. Les hommes et les femmes de ce territoire affichent habituellement un taux ajusté inférieur ou similaire à celui de la région. Durant la dernière période, le taux ajusté des hommes était nettement inférieur à la moyenne régionale, tandis que celui des femmes la surpassait quelque peu. Le taux s'élevait alors à 100,3 par 100 000 chez les hommes et à 48,3 par 100 000 chez les femmes.

Figure 5.26

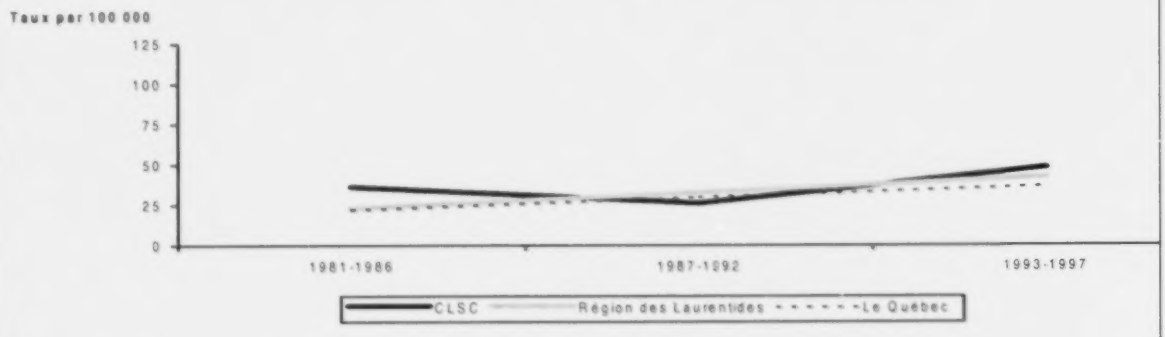
Taux ajusté de mortalité[1] par cancer du poumon, chez les hommes CLSC des Trois Vallées, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants, ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Figure 5.27

Taux ajusté de mortalité[1] par cancer du poumon, chez les femmes CLSC des Trois Vallées, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants, ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.3 Tumeurs malignes du sein

Chez la femme, le cancer du sein est, après le cancer du poumon, la plus importante cause de décès par cancer. Le cancer du sein tend à apparaître tôt dans la vie des femmes qui en sont atteintes et, comparativement aux autres types de cancers ou aux autres causes principales de décès, il est à l'origine du plus grand nombre d'années de vie perdues par les femmes.

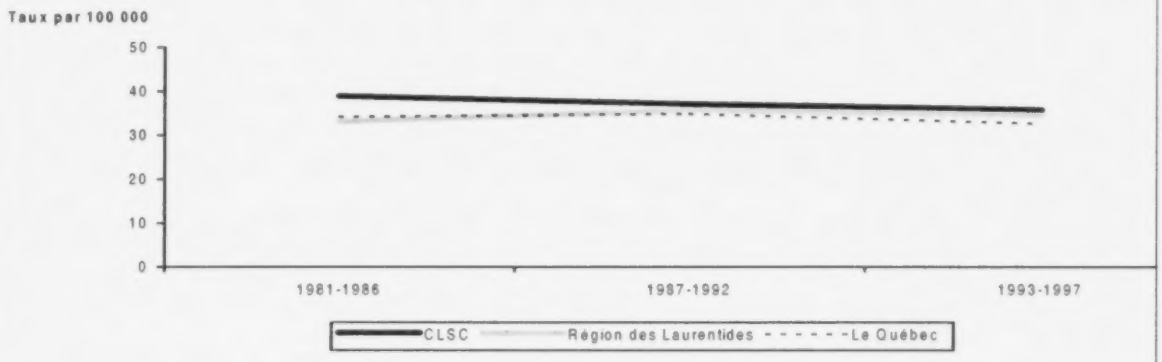
Au Québec et dans la région des Laurentides, le taux ajusté de mortalité par cancer du sein est relativement stable depuis 1981 : il se situe entre 30 et 35 décès par 100 000 femmes, en moyenne, annuellement (figure 5.28). Au cours de la dernière période (1993-97), le taux de mortalité par cancer du sein variait peu d'un territoire de CLSC à l'autre.

4.3.3.1 Territoire Arthur-Buies

Celui du territoire du CLSC Arthur-Buies (35,7 par 100 000 femmes) se situait près de la moyenne régionale. Les femmes de ce territoire enregistrent un taux ajusté de mortalité par cancer du sein qui est légèrement à la baisse.

Figure 5.28

Taux ajusté de mortalité[1] par cancer du sein, chez les femmes CLSC Arthur-Buies, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



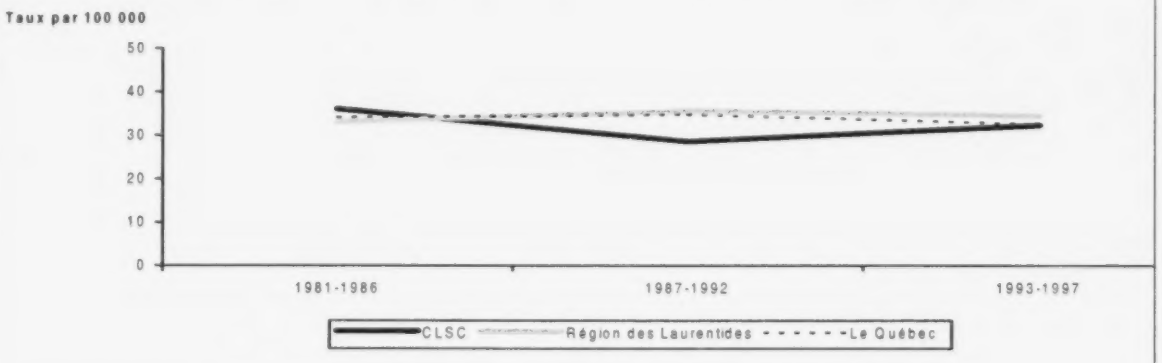
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.3.2 Territoire d'Argenteuil

Celui des femmes du territoire d'Argenteuil fluctue dans le temps, sans montrer de tendance particulière. Durant la dernière période, il s'élevait à 32,4 par 100 000 femmes et serrait de près la moyenne régionale.

Figure 5.28

Taux ajusté de mortalité[1] par cancer du sein, chez les femmes CLSC d'Argenteuil, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



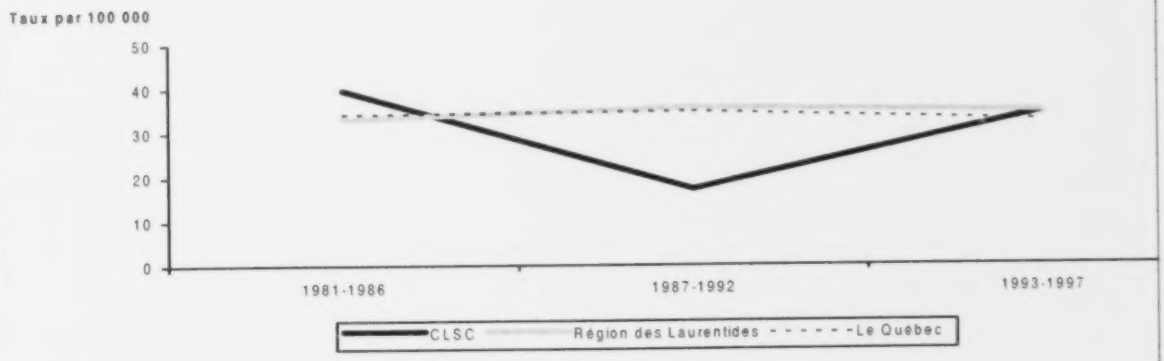
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.3.3 Territoire des Hautes-Laurentides

Celui enregistré par les femmes du territoire de Hautes-Laurentides a montré d'importantes fluctuations de 1981 à 1997. Durant la dernière période (1993-97), toutefois, leur taux ajusté (34,5 par 100 000) était presque identique à celui des femmes de la région.

Figure 5.28

**Taux ajusté de mortalité[1] par cancer du sein, chez les femmes
CLSC Hautes-Laurentides, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)**



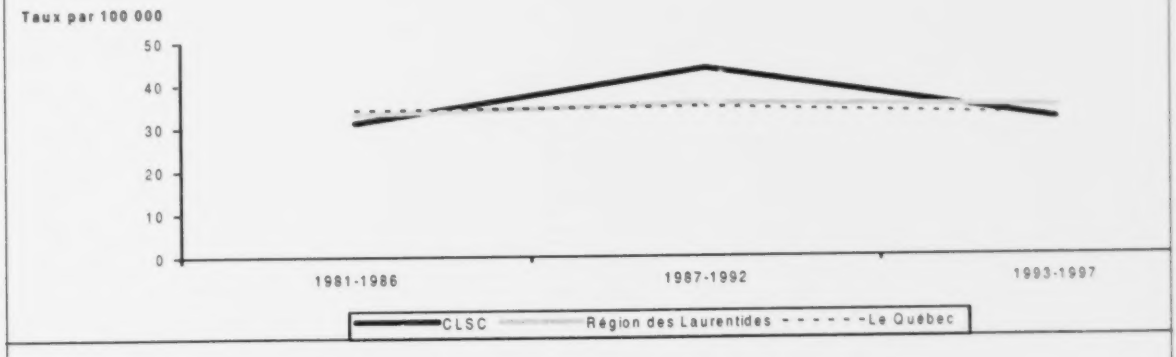
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.3.4 Territoire Jean-Olivier-Chénier

Celui du territoire Jean-Olivier-Chénier (31,8 par 100 000 femmes) se situait légèrement en-deçà de la moyenne régionale. De plus, son taux varie beaucoup d'une période à l'autre.

Figure 5.28

**Taux ajusté de mortalité[1] par cancer du sein, chez les femmes
CLSC Jean-Olivier-Chénier, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)**



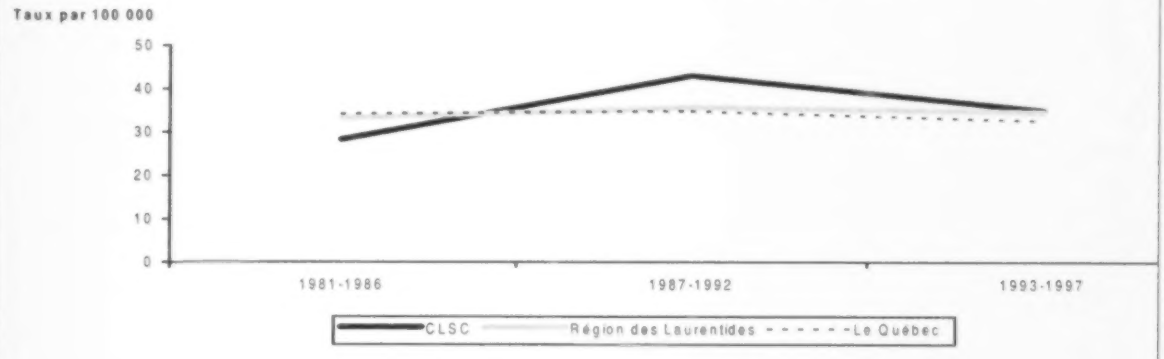
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.3.5 Territoire des Pays-d'en-Haut

Dans Pays-d'en-Haut, il s'élevait à 35,0 par 100 000 femmes. Les femmes qui résident sur ce territoire de CLSC ont un taux qui accuse de fortes variations dans le temps et qui ne présente pas de tendance particulière.

Figure 5.28

Taux ajusté de mortalité[1] par cancer du sein, chez les femmes CLSC des Pays-d'en-Haut, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



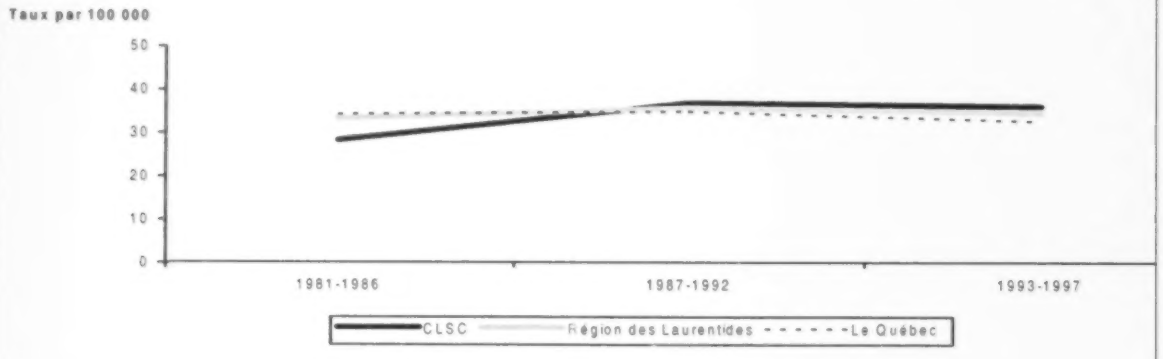
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.3.6 Territoire Thérèse-de-Blainville

Celui du territoire du CLSC Thérèse-de-Blainville (36,1 par 100 000 femmes) se situait autour de la moyenne régionale. Par ailleurs, le taux ajusté de mortalité enregistré par les femmes de ce territoire s'est accru sensiblement au cours de la deuxième période (1987-92) et s'est maintenu par la suite.

Figure 5.28

Taux ajusté de mortalité[1] par cancer du sein, chez les femmes CLSC Thérèse-de-Blainville, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



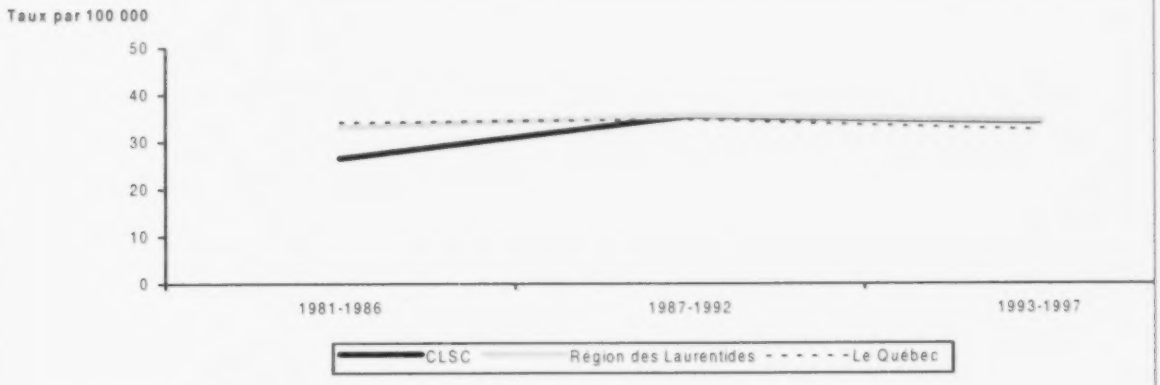
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.3.7 Territoire des Trois Vallées

Celui des femmes du territoire des Trois Vallées atteignait alors 34,3 par 100 000. Il a sensiblement augmenté au cours de la deuxième période (1987-92) et s'est stabilisé par la suite, au niveau de la moyenne régionale.

Figure 5.28

Taux ajusté de mortalité[1] par cancer du sein, chez les femmes CLSC des Trois Vallées, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.4 TUMEURS MALIGNES DU CÔLON ET DU RECTUM

Le cancer du côlon et du rectum est l'une des formes de cancer les plus répandues chez l'homme et chez la femme. Le risque de développer ce type de cancer augmente fortement avec l'âge. De plus, le taux de mortalité par cancer du côlon et du rectum est plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Au Québec, comme dans la région des Laurentides, le taux ajusté de mortalité par cancer du côlon et du rectum demeure relativement stable du côté des hommes. Toutefois, chez les femmes de la région, la mortalité due à ce type de cancer semble en progression (figures 5.29 et 5.30). De plus, par rapport à la province, la région affiche une surmortalité du côté des femmes.

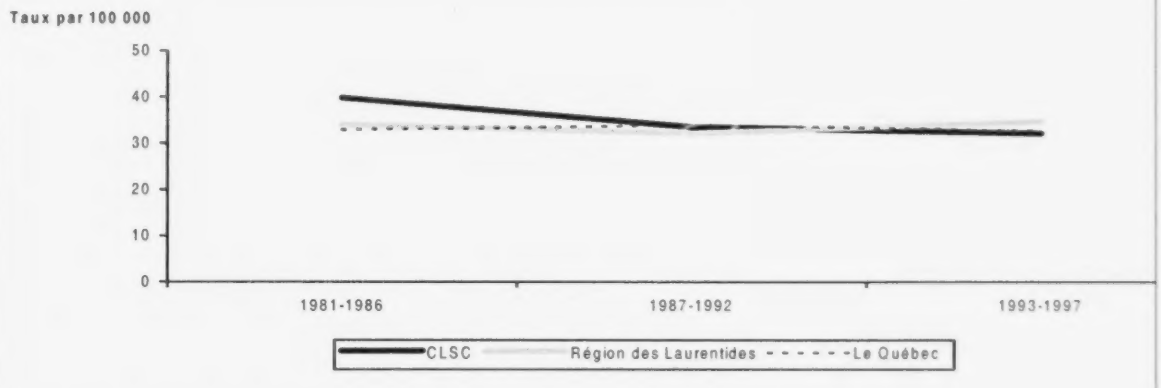
À l'échelle sous-régionale, ce sont les hommes du territoire Thérèse-de-Blainville qui obtiennent un taux ajusté de mortalité par cancers du côlon et du rectum globalement supérieur à la moyenne régionale.

4.3.4.1 Territoire Arthur-Buies

Le taux ajusté enregistré par les hommes résidant sur le territoire du CLSC Arthur-Buies a diminué en 1987, pour atteindre, au cours de la dernière période (1993-97), un niveau comparable à celui de la région. Du côté des femmes, le taux ajusté observé sur ce territoire évolue en dents de scie. Au cours de la dernière période, il était supérieur à celui des femmes de la région. À cette époque, le taux ajusté de mortalité par cancers du côlon et du rectum s'élevait à 32,2 par 100 000 chez les hommes et à 29,6 par 100 000 du côté des femmes.

Figure 5.29

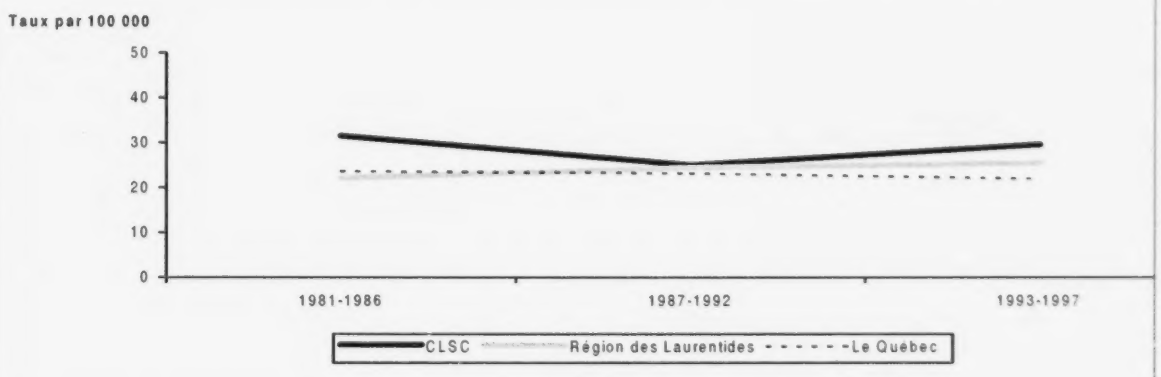
Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes du côlon et du rectum, chez les hommes CLSC Arthur-Buies, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Figure 5.30

Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes du côlon et du rectum, chez les femmes CLSC Arthur-Buies, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



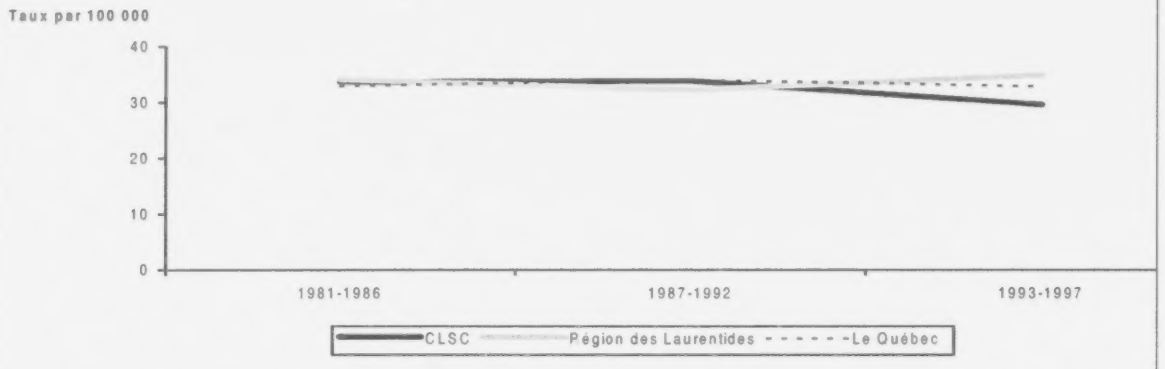
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.4.2 Territoire d'Argenteuil

En ce qui concerne le territoire d'Argenteuil, le taux ajusté des hommes est plutôt stable d'une période à l'autre, alors que celui des femmes fluctue, sans montrer de tendance particulière. De 1981 à 1992, le taux observé chez les hommes était très similaire à la moyenne régionale. Au cours de la dernière période (1993-97), le taux observé chez les hommes est passé sous le taux régional, alors que celui des femmes est remonté jusqu'à être similaire à la moyenne régionale. À cette époque, le taux observé chez les femmes (28,0 par 100 000) était presque aussi élevé que celui des hommes (29,6 par 100 000).

Figure 5.29

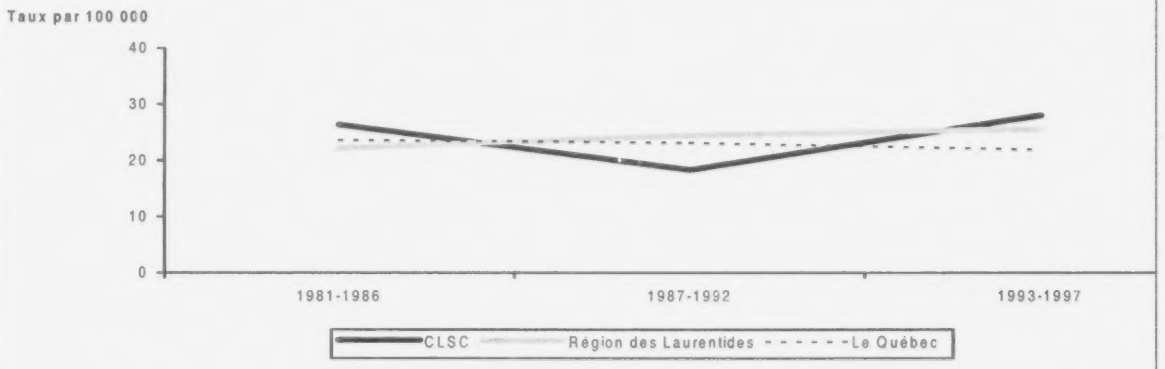
Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes du côlon et du rectum, chez les hommes CLSC d'Argenteuil, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Figure 5.30

Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes du côlon et du rectum, chez les femmes CLSC d'Argenteuil, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



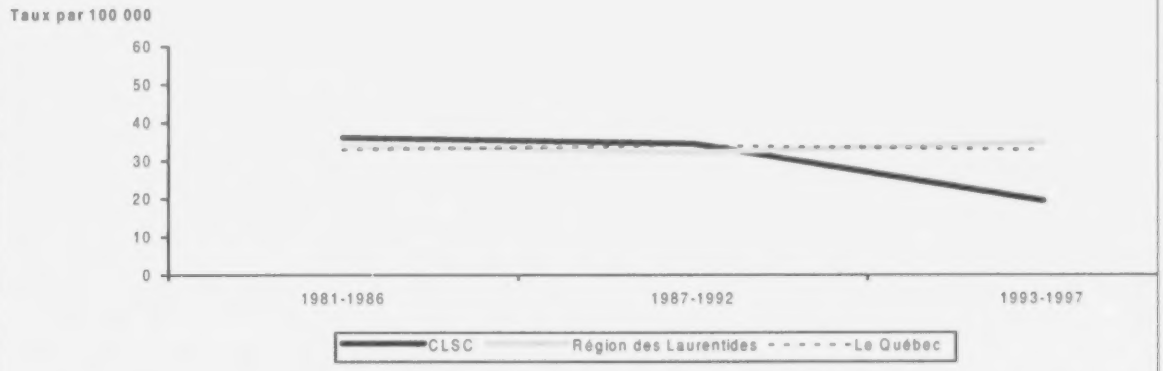
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.4.3 Territoire des Hautes-Laurentides

Le taux ajusté enregistré par les hommes du territoire des Hautes-Laurentides a chuté au cours de la dernière période (1993-97), jusqu'à se situer bien en-deçà du taux régional. En revanche, les femmes ont vu leur taux ajusté de mortalité faire un bond au cours de la dernière période, de sorte qu'il a dépassé le taux enregistré par les hommes du territoire des Hautes-Laurentides, ainsi que le taux des femmes de la région. À cette époque, le taux observé dans les Hautes-Laurentides s'élevait à 19,5 par 100 000 chez les hommes et à 28,7 par 100 000 chez les femmes.

Figure 5.29

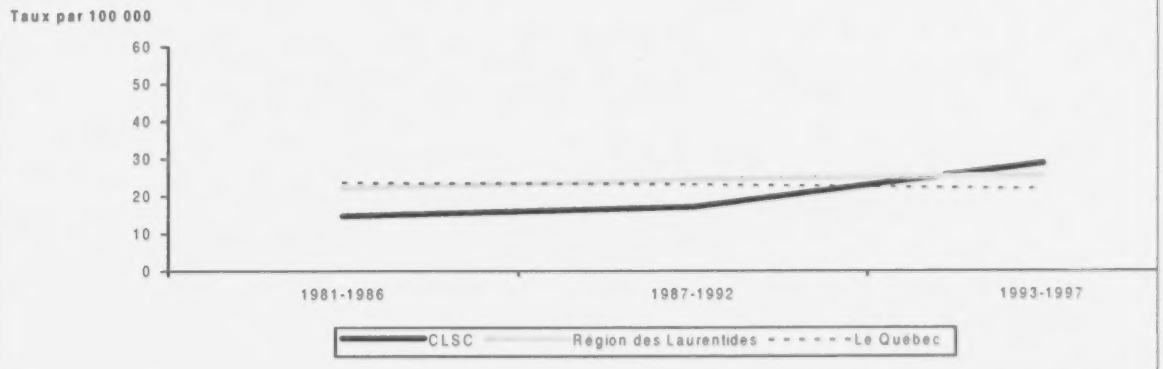
Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes du côlon et du rectum, chez les hommes CLSC Hautes-Laurentides, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Figure 5.30

Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes du côlon et du rectum, chez les femmes CLSC Hautes-Laurentides, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



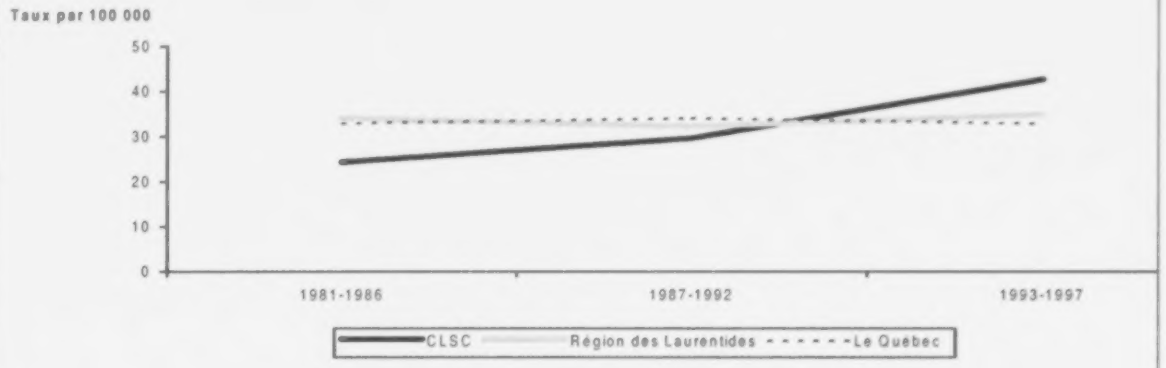
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.4.4 Territoire Jean-Olivier-Chénier

Le taux ajusté enregistré par les hommes résidant sur le territoire du CLSC Jean-Olivier-Chénier est en nette progression. Au cours de la dernière période (de 1993 à 1997), il s'élevait à 42,6 par 100 000 et excédait la moyenne régionale. Du côté des femmes, le taux observé sur ce territoire semble assez stable. Au cours de la dernière période, il s'élevait à 24,7 par 100 000 et était similaire au taux affiché par les femmes de la région.

Figure 5.29

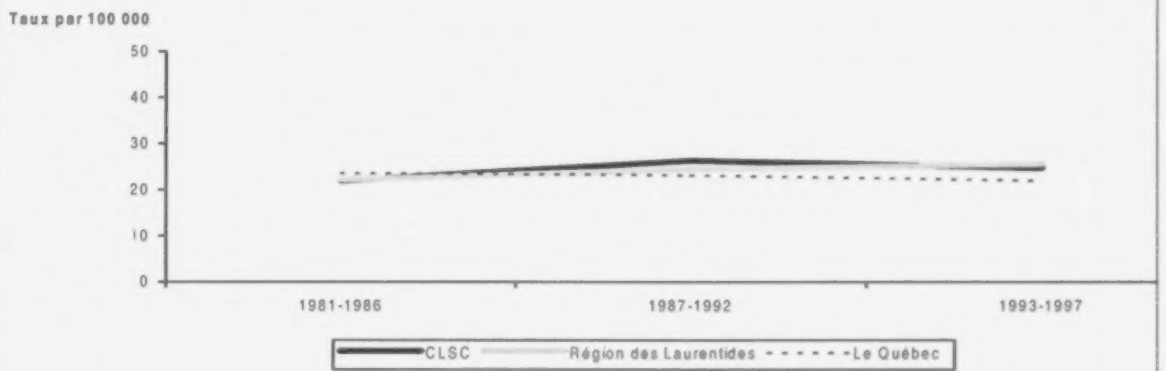
Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes du côlon et du rectum, chez les hommes CLSC Jean-Olivier-Chénier, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Figure 5.30

Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes du côlon et du rectum, chez les femmes CLSC Jean-Olivier-Chénier, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



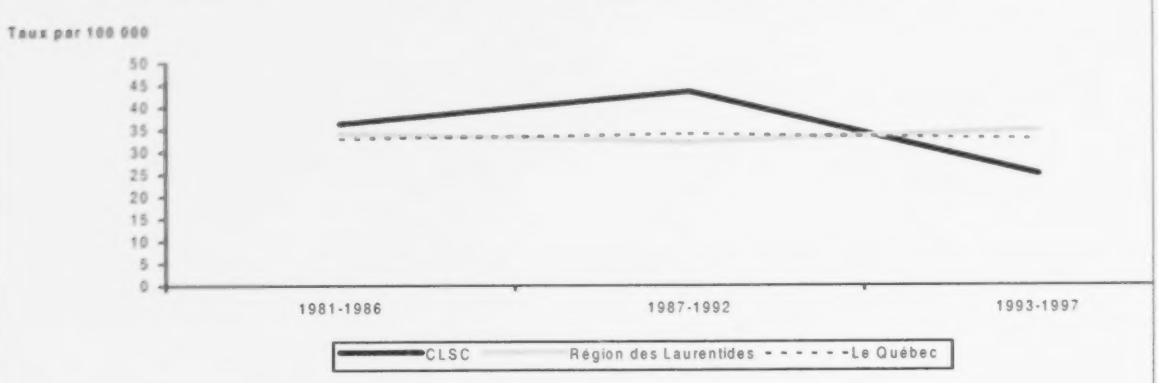
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.4.5 Territoire des Pays-d'en-Haut

Le taux ajusté des hommes du territoire du CLSC des Pays-d'en-Haut fluctue d'une période à l'autre, mais il se pourrait qu'il soit à la baisse. Celui des femmes semble être stable depuis 1987. Depuis 1981, le taux ajusté observé sur ce territoire est la plupart du temps similaire ou inférieur au taux régional. Au cours de la dernière période (1993-97), le taux observé sur ce territoire de CLSC s'élevait à 25,0 par 100 000 chez les hommes et à 23,7 par 100 000 chez les femmes

Figure 5.29

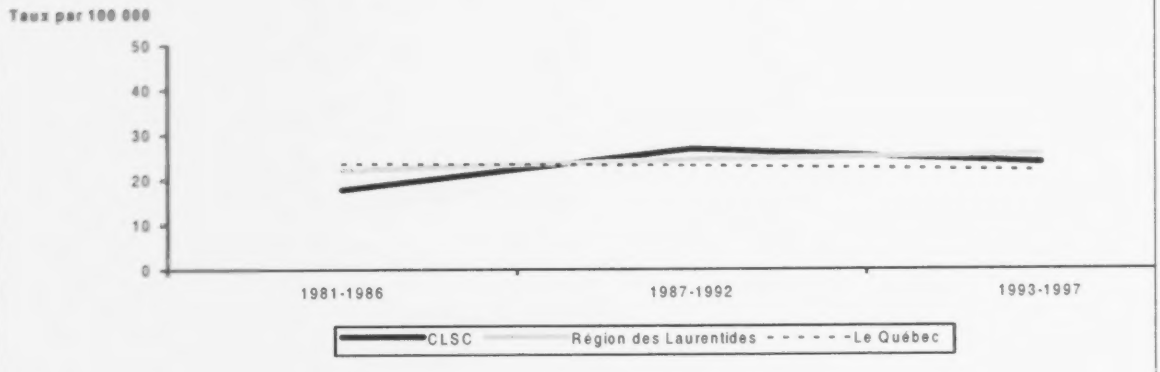
Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes du côlon et du rectum, chez les hommes CLSC des Pays-d'en-Haut, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Figure 5.30

Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes du côlon et du rectum, chez les femmes CLSC des Pays-d'en-Haut, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



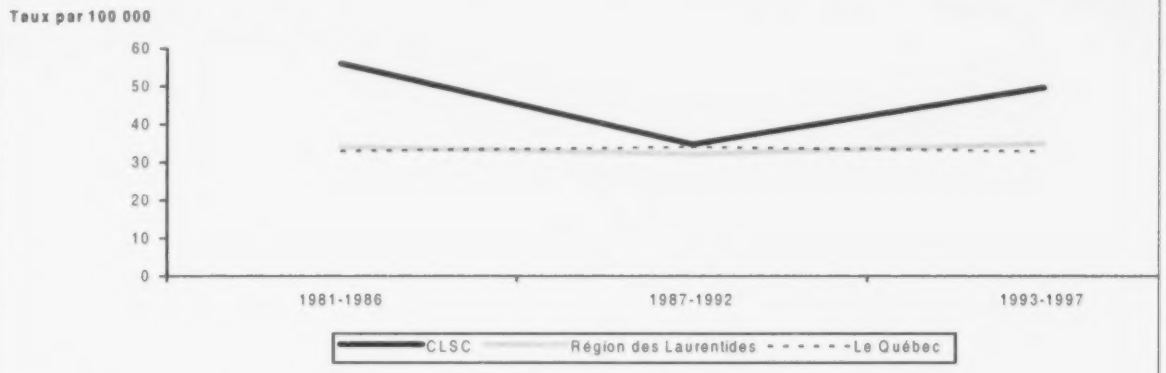
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.4.6 Territoire Thérèse-de-Blainville

À l'échelle sous-régionale, ce sont les hommes du territoire du CLSC Thérèse-de-Blainville qui obtiennent un taux ajusté de mortalité par cancers du côlon et du rectum globalement supérieur à la moyenne régionale. Leur taux ajusté n'est toutefois pas en progression, il fluctue d'une période à l'autre, tandis qu'il est stable dans la région. Pour leur part, les femmes de ce territoire ont un taux ajusté de mortalité par cancer du côlon et du rectum qui se situe assez près de la moyenne régionale, surtout au cours de la dernière période (1993-97). Le taux des femmes s'élevait alors à 24,3 par 100 000 et celui des hommes à 49,6 par 100 000.

Figure 5.29

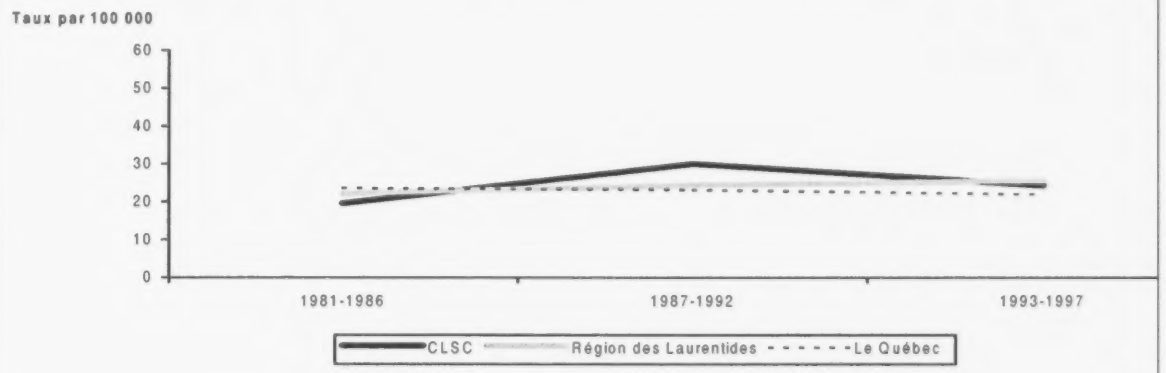
Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes du côlon et du rectum, chez les hommes CLSC Thérèse-de-Blainville, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Figure 5.30

Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes du côlon et du rectum, chez les femmes CLSC Thérèse-de-Blainville, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



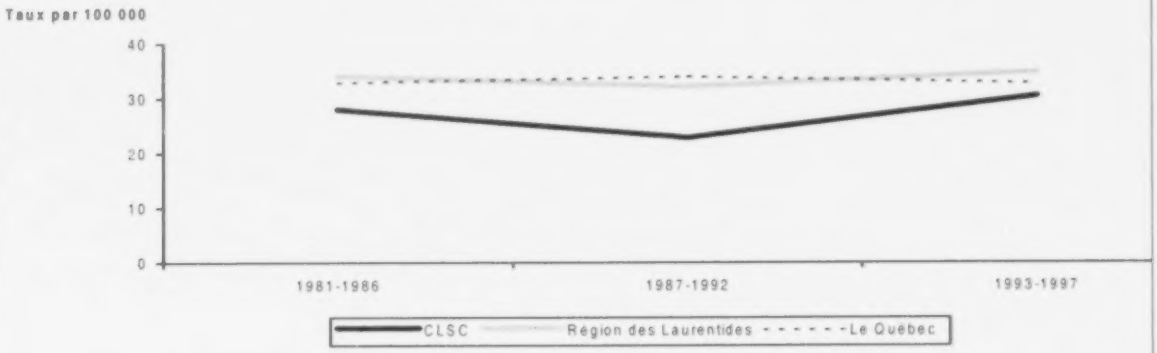
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.4.7 Territoire des Trois Vallées

Le taux ajusté des hommes et des femmes du territoire des Trois Vallées fluctue d'une période à l'autre. Depuis 1981, il est habituellement inférieur au taux régional. Au cours de la dernière période (1993-97), le taux ajusté s'élevait à 30,5 par 100 000 chez les hommes et à 18,3 par 100 000 chez les femmes.

Figure 5.29

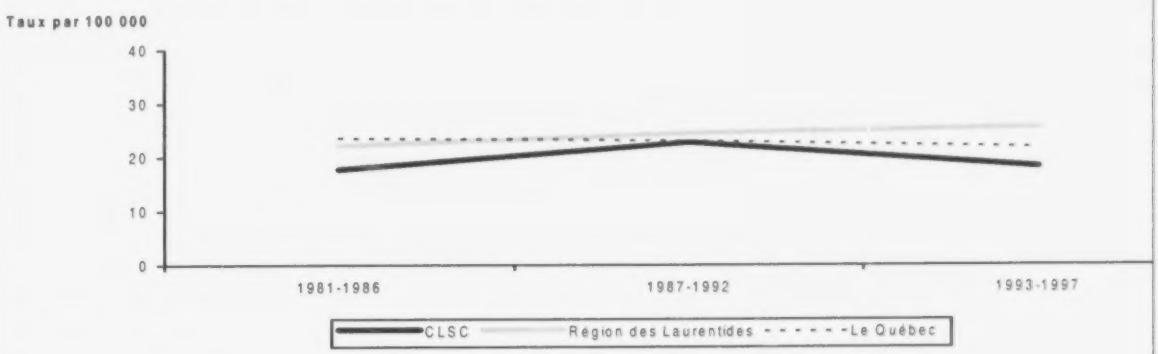
Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes du côlon et du rectum, chez les hommes CLSC des Trois Vallées, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Figure 5.30

Taux ajusté de mortalité[1] par tumeurs malignes du côlon et du rectum, chez les femmes CLSC des Trois Vallées, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.5 TUMEURS MALIGNES DE LA PROSTATE

Chez l'homme, le cancer de la prostate vient au troisième rang parmi les tumeurs malignes causant le plus de décès. Le taux de mortalité par cancer de la prostate augmente fortement avec l'âge. Depuis 1981, le taux ajusté de mortalité par cancer de la prostate est relativement stable au Québec et dans la région des Laurentides (figure 5.31). Toutefois, le taux régional se maintient au-dessus du taux provincial.

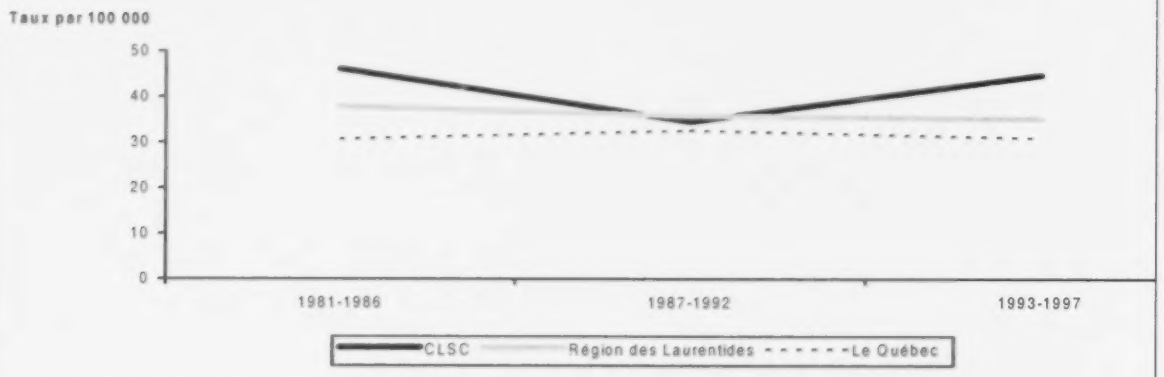
À l'échelle sous-régionale, ce sont les hommes du territoire Arthur-Buies qui obtiennent un taux ajusté de mortalité par cancer de la prostate globalement supérieur à la moyenne régionale.

4.3.5.1 Territoire Arthur-Buies

Le taux ajusté des hommes du territoire Arthur-Buies fluctue considérablement d'une période à l'autre. Par conséquent, il se pourrait que la surmortalité qu'ils montrent par rapport à leurs homologues de la région ne soit que temporaire. Au cours de la dernière période (1993-97), leur taux ajusté s'élevait à 44,7 par 100 000.

Figure 5.31

Taux ajusté de mortalité[1] par tumeur maligne de la prostate, chez les hommes CLSC Arthur-Buies, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



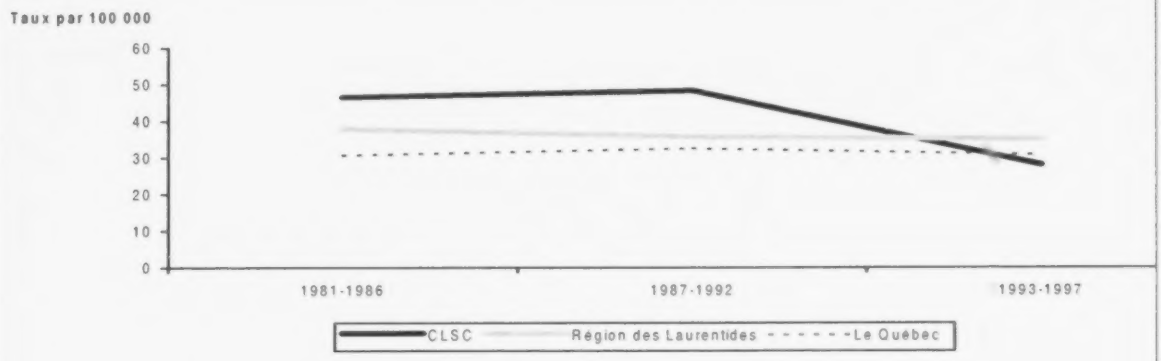
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.5.2 Territoire d'Argenteuil

De 1981 à 1992, le territoire du CLSC d'Argenteuil affichait un taux ajusté de mortalité par cancer de la prostate supérieur à celui de la région. Toutefois, son taux a décru de façon importante au cours de la dernière période (1993-97), pour éventuellement se situer sous la moyenne régionale. Il s'élevait alors à 28,2 par 100 000 hommes.

Figure 5.31

Taux ajusté de mortalité[1] par tumeur maligne de la prostate, chez les hommes CLSC d'Argenteuil, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



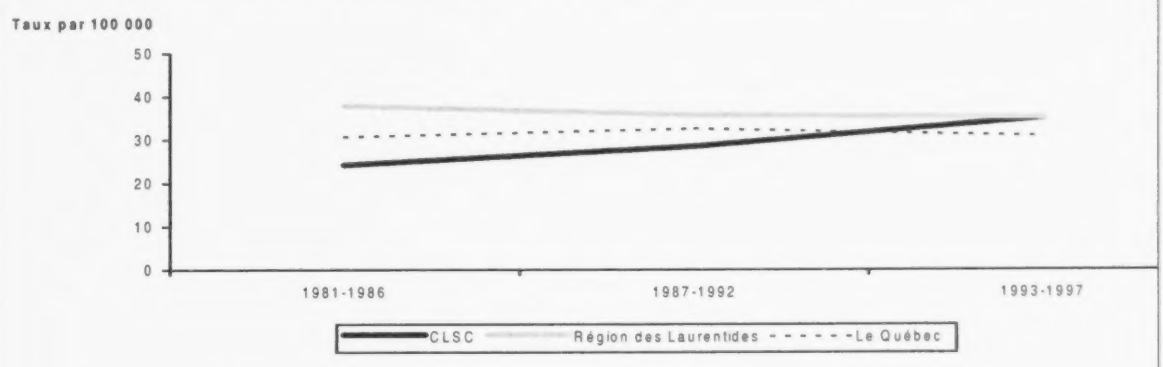
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.5.3 Territoire des Hautes-Laurentides

Pour leur part, les hommes du territoire des Hautes-Laurentides affichent un taux ajusté de mortalité par cancer de la prostate qui augmente avec le temps. Durant la dernière période (1993-97), il était néanmoins similaire au taux régional. Il s'élevait alors à 35,1 par 100 000 hommes.

Figure 5.31

Taux ajusté de mortalité[1] par tumeur maligne de la prostate, chez les hommes CLSC Hautes-Laurentides, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



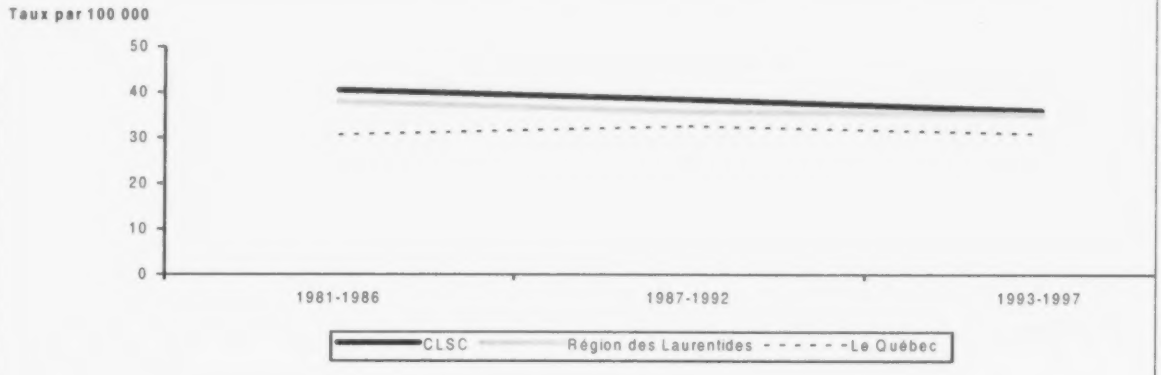
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.5.4 Territoire Jean-Olivier-Chénier

Pour sa part, le territoire du CLSC Jean-Olivier-Chénier a vu sont taux de mortalité par cancer de la prostate diminuer quelque peu entre 1981 et 1997. Depuis 1981, il peut être considéré comme similaire au taux régional. Au cours de la dernière période (1993-97), le taux de ce territoire s'élevait à 36,0 par 100 00 hommes.

Figure 5.31

Taux ajusté de mortalité[1] par tumeur maligne de la prostate, chez les hommes CLSC Jean-Olivier-Chénier, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



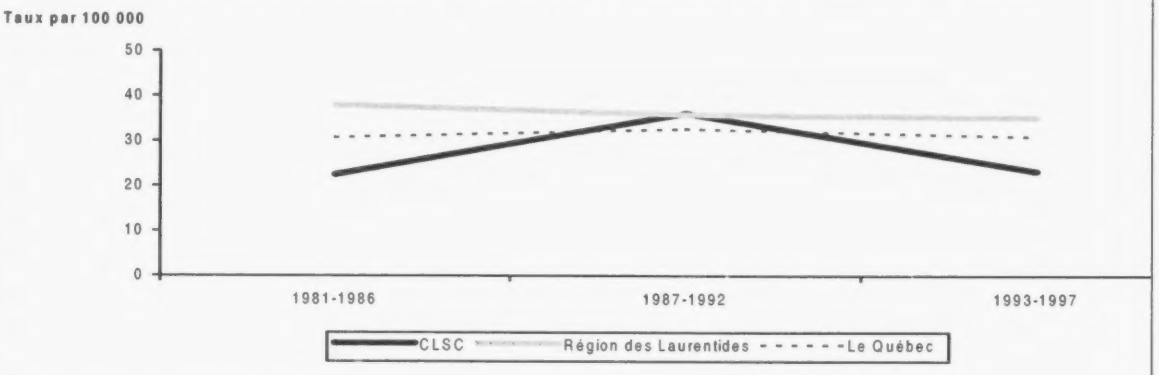
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.5.5 Territoire des Pays-d'en-Haut

Pour leur part, les hommes du territoire du CLSC des Pays-d'en-Haut montrent un taux ajusté de mortalité par cancer de la prostate qui fluctue d'une période à l'autre et qui est généralement très en-deçà du taux régional. Au cours de la dernière période (1993-97), il s'élevait à 23,2 par 100 000 hommes.

Figure 5.31

Taux ajusté de mortalité[1] par tumeur maligne de la prostate, chez les hommes CLSC des Pays-d'en-Haut, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



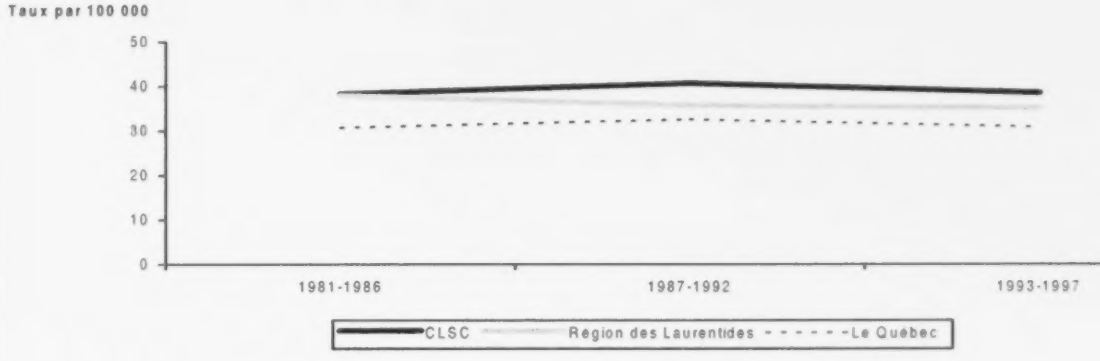
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.5.6 Territoire Thérèse-de-Blainville

Pour leur part, les hommes du territoire du CLSC Thérèse-de-Blainville affichent un taux ajusté de mortalité plutôt stable dans le temps et légèrement supérieur à celui de la région. Au cours de la dernière période (1993-97), leur taux s'élevait à 38,6 par 100 000 hommes.

Figure 5.31

Taux ajusté de mortalité[1] par tumeur maligne de la prostate, chez les hommes
CLSC Thérèse-de-Blainville, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



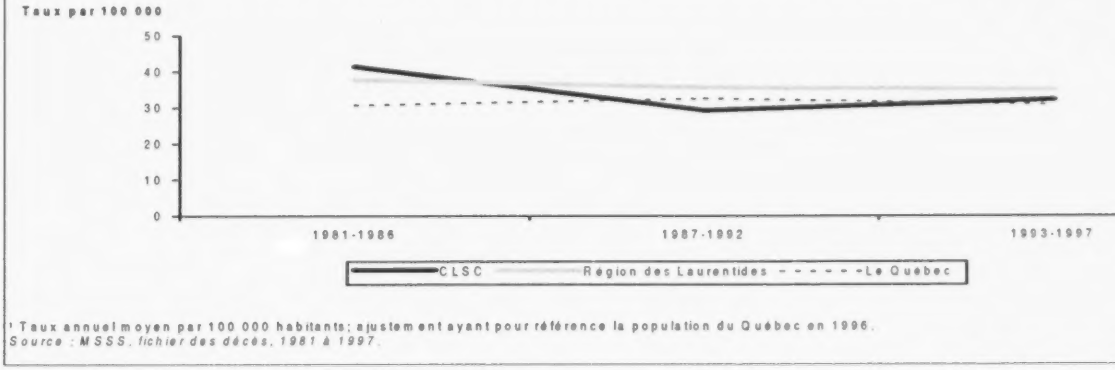
[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

4.3.5.7 Territoire des Trois Vallées

Pour leur part, les hommes du territoire des Trois Vallées montrent un taux ajusté de mortalité qui s'est stabilisé à partir de 1987. Depuis, il est resté inférieur ou similaire au taux régional. Au cours de la dernière période (1993-97), le taux ajusté s'élevait à 32,3 par 100 000 hommes.

Figure 5.31

Taux ajusté de mortalité[1] par tumeur maligne de la prostate, chez les hommes
CLSC des Trois Vallées, région des Laurentides et le Québec (1981-1997)



[1] Taux annuel moyen par 100 000 habitants; ajustement ayant pour référence la population du Québec en 1996.
Source : MSSS, fichier des décès, 1981 à 1997.

Chapitre 5

Promotion — Prévention

5.1 LUTTE AU TABAGISME

Présenté par Michel Godin, Coordonnateur Prévention-Promotion de la santé, Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation

Dans le but de lutter efficacement pour contrer l'ampleur du tabagisme dans la région des Laurentides, en lien avec les orientations, les valeurs et les approches préconisées dans le plan d'action de la Direction de santé publique, l'équipe tabac est intervenue, au cours de l'année visée sur les trois axes d'intervention retrouvés dans le plan provincial pour la lutte contre le tabagisme et les Priorités nationales. Ces trois axes sont :

- Prévention : valoriser le non-usage du tabac chez les jeunes.
- Cessation : aider les fumeurs à cesser de fumer.
- Protection : protéger la population non fumeuse de la fumée secondaire du tabac.

Durant l'année 2001-2002, l'équipe tabac de la Direction de santé publique des Laurentides a compté sur plus ou moins trois ressources pour couvrir ces trois volets.

5.1.1 VOLET PRÉVENTION : VALORISER LE NON-USAGE DU TABAC CHEZ LES JEUNES

Des interventions de prévention ont été menées afin de valoriser le non-usage du tabac chez les jeunes et aider les jeunes fumeurs à abandonner cette habitude.

Le programme ***La gang allumée pour une vie sans fumée*** mobilise les jeunes en milieu scolaire et les amène à réaliser un projet sur le tabagisme et la santé. Il a été offert à toutes les écoles et maisons de jeunes de la région. À ce jour, quatorze projets ont été réalisés.

Par ailleurs, la région des Laurentides a implanté avec deux Directions régionales de santé publique soit Lanaudière et Québec, et des partenaires provinciaux; le projet-pilote ***Mission TNT.06***. Celui-ci vise à accompagner les jeunes de façon soutenue jusqu'à l'âge adulte afin de prévenir ou retarder l'usage du tabac. À ce jour, 50 écoles primaires sont inscrites à ce projet. Notre région est celle où il y a eu le plus grand nombre d'inscriptions. De plus, ce projet pilote inclut une forte composante évaluation, car on pense l'étendre à la grandeur du Québec.

Dix représentations du spectacle ***In Vivo*** ont eu lieu au courant de l'année, touchant plus de 4 300 jeunes du secondaire.

La mise à jour des stratégies efficaces en prévention auprès des jeunes a permis de rejoindre les professeurs des écoles primaires et secondaires des commissions scolaires de la région ainsi que les intervenants des CLSC. La participation du milieu de l'éducation au concours provincial sur la cessation a contribué à positionner la région au concours provincial parmi les premières au Québec.

5.1.2 VOLET CESSATION : AIDER LES FUMEURS À CESSER DE FUMER

Au cours de la dernière année, plusieurs activités visant la cessation tabagique se sont déroulées :

- Tournée des différents CLSC pour connaître leurs besoins en ce qui concerne le volet cessation.
- Tournée Formation de plus de 200 professionnels de la santé soit les médecins, les cliniciens et les professionnels oeuvrant en CLSC, pour qu'ils puissent mieux intervenir auprès de leur clientèle fumeuse désirant arrêter de fumer.
- Soutien et support aux services de cessation déjà offerts dans les CLSC et en milieu hospitalier.
- Organisation de deux journées de ressourcement pour les animateurs des programmes de cessation.
- Planification de l'implantation de cliniques d'aide individuelle pour cesser de fumer dans les deux plus importants centres hospitaliers de la région ainsi que dans tous les CLSC.
- Mise à jour, promotion et distribution de plus de 10 000 guides ***Outils et ressources pour cesser de fumer dans la région des Laurentides.***
- Planification d'une formation des professionnels de la santé et des intervenants travaillant avec le programme ***Naître égaux – Grandir en santé*** de deux des CLSC régionaux soit Jean-Olivier-Chénier et Argenteuil, visant 30 personnes, pour qu'ils puissent mieux intervenir auprès de leur clientèle fumeuse désirant arrêter de fumer.
- Participation aux activités provinciales touchant le volet cessation:
  - Tenue d'événements médiatiques lors de la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac* (articles de journaux, conférence de presse, émissions de télévision, etc.).
  - Promotion du défi ***J'arrête, j'y gagne*** dans la région des Laurentides (1 250 inscriptions en 2001).
  - Organisation du concours ***C'est décidé, j'arrête avec de l'aide,*** dans les principaux centres commerciaux, les centres hospitaliers et les CLSC de la région dont le porte-parole est monsieur Guillaume Lemay-Thivierge.

5.1.3 VOLET PROTECTION : PROTÉGER LA POPULATION NON FUMEUSE DE LA FUMÉE SECONDAIRE DU TABAC

La Loi sur le tabac a été adoptée en juin 1999 et est entrée en vigueur le 17 décembre 1999. Suite à son adoption, plusieurs activités se sont tenues afin de répondre aux questions et préoccupations des exploitants telles que des renseignements téléphoniques et des rencontres en collaboration avec les chambres de commerce du territoire des Laurentides. En début d'année, une ressource a soutenu les exploitants dans l'implantation de la loi en milieu de travail et a acheminé les plaintes en collaboration avec le Service de lutte au tabac du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par la suite, ce dernier a assuré le suivi pour la gestion des plaintes. Par ailleurs, des messages d'information ont été régulièrement diffusés auprès de la population et des milieux de travail afin de favoriser la compréhension de cette loi. Des rencontres avec les dirigeants des commissions scolaires de la région et de certaines polyvalentes ont été effectuées pour les soutenir dans l'implantation et le respect d'un règlement interdisant l'usage du tabac sur les terrains appartenant à ces organismes.

5.1.4 Activités reliées aux trois volets

L'équipe de lutte au tabac de la Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation a aussi réalisé les activités suivantes :

- Organisation d'événements provinciaux tels que la Semaine québécoise sans fumée, la Journée mondiale sans tabac, le concours provincial de cessation, le concours régional de cessation, etc.
- Participation aux activités de lobbying pour répondre aux demandes provenant de la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac.
- Réponses à des demandes ponctuelles du milieu (conférences, kiosques d'informations, sessions sur l'abandon tabagique, etc.).
- Organisation d'activités médiatiques telles que la préparation d'articles pour les chroniques-santé de certains CSLC de la région, la production d'articles dans les journaux locaux, la participation à des émissions radiophoniques, la participation à des émissions télévisées, etc.).
- Participation à des comités provinciaux et réponses aux demandes du ministère de la Santé et des Services sociaux.

5.2 SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Présenté par Jean-Claude Dessau, médecin conseil, Équipe de santé environnementale, Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation

Plusieurs contaminants environnementaux d'origine naturelle ou anthropique sont cancérigènes. Pour certains d'entre eux, comme le radon et l'amiante, la relation de cause à effet ne fait plus aucun doute. Des mesures tangibles sont prises pour éviter une exposition inacceptable de la population à ces contaminants. Pour d'autres, comme les champs électromagnétiques (CEM) ou les trihalométhanes (THM), il existe une controverse. Même si l'on n'a pas de preuve formelle qu'une exposition à ces éléments augmente les risques de cancer chez l'humain, le principe de précaution commande d'agir avec prudence et de limiter l'exposition de la population à ces substances en utilisant des moyens raisonnables qui répondent à l'évaluation du risque et qui sont acceptables socialement. Dans beaucoup de circonstances, l'équipe de santé environnementale répond aux préoccupations de la population et donne de l'information sur les risques de cancer auxquels elle a la perception d'être exposée.

Nous effectuons essentiellement des activités de promotion et de prévention dans le cadre de la lutte contre le cancer. Nous ne procédons pas à des activités de dépistage systématique de la maladie elle-même comme on le fait avec des mammographies, par exemple, ni par la recherche de marqueurs biologiques de cancer. Par contre, on peut parler dans certains cas de dépistage systématique des facteurs de risque comme pour l'amiante ou de mesure systématique d'exposition à des substances cancérigènes comme pour le radon.

Voici les principaux facteurs environnementaux susceptibles d'augmenter les risques de cancer et les efforts déployés par l'équipe de santé environnementale de la Direction régionale de santé publique des Laurentides pour en diminuer l'exposition.

5.2.1 LES TRIHALOMÉTHANES (THM) DANS L'EAU POTABLE

Il existe un risque certain de cancer chez l'animal qui proviendrait du chloroforme que l'on associe au cancer du rein ou du foie. Chez l'humain, le risque est difficile à évaluer. Le risque relatif est peu élevé et on associe plutôt chez l'humain le cancer de la vessie, du rectum et du colon à une surexposition aux trihalométhanes. Pour la leucémie chez l'enfant, il semble que l'association soit très spéculative. Nous faisons donc face à un problème de risque à la santé qu'il est difficile de quantifier.

Activités de promotion et de prévention

Dans certaines municipalités, les moyennes annuelles de concentrations de trihalométhanes peuvent dépasser la nouvelle norme annuelle moyenne de 80 µg/L. Dans ces municipalités, de concert avec les intervenants du ministère de l'Environnement (MENV), nous informons les responsables municipaux et soutenons les recommandations du ministère de l'Environnement pour les modifications qui s'imposent aux réseaux de distribution.

Activités de dépistage systématique du risque

On ne peut pas faire de dépistage systématique de maladie dans la population. Par contre, en attendant que les municipalités puissent apporter les modifications nécessaires à leur réseau, on leur suggère d'effectuer une mesure par mois, pour la prochaine année, dans l'eau destinée à la consommation afin d'avoir une meilleure idée de l'exposition, puisque les concentrations peuvent varier beaucoup au cours d'une même année.

5.2.2 LES CHAMPS ÉLECTROMAGNÉTIQUES (CEM)

Tel que mentionné dans le consensus du groupe de travail du ministère de la Santé et des Services sociaux sur les risques associés aux champs électromagnétiques provenant des lignes électriques, le risque d'effets à la santé lié à l'exposition chronique (apparition de leucémie chez l'enfant et chez l'adulte) demeure incertain.

Activités de promotion et de prévention

L'équipe de santé environnementale de la Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation a participé aux audiences publiques concernant l'éventuelle mise en place de la ligne à haute tension Grand-Brûlé Vigeant. Ses recommandations se sont alignées sur celles du groupe de travail qui sont essentiellement d'évaluer les mesures de réduction possibles des niveaux de champs émis par les lignes d'électricité en tenant compte des cinq critères suivants : efficacité, faisabilité technique, coût raisonnable, acceptabilité sociale et sécurité.

Activités de dépistage systématique

Non applicable

5.2.3 LE RADON À OKA

Il ne fait plus aucun doute maintenant que le radon est une cause importante de cancer du poumon, même aux concentrations rencontrées dans certaines maisons. On retrouve une situation exceptionnelle dans un secteur d'Oka et à un moindre degré dans un secteur de Saint-André. On retrouve, à Oka en particulier, des concentrations de radon dans certaines maisons qui dépassent de beaucoup tout ce qui a déjà été mesuré ailleurs au Canada.

Activités de promotion et de prévention

À cause des risques de surexposition au radon de cette population, la Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation a mis en œuvre une intervention de santé publique de grande envergure dont des activités d'information mettant en garde la population des dangers associés au radon en incitant les propriétaires des maisons à risque à mesurer les concentrations de radon de leur domicile et de corriger si les résultats dépassaient la ligne directrice américaine de 150 Bq/m^3.

Activités de dépistage systématique (mesures de radon dans les maisons)

Pour cette même population qui totalise environ 350 maisons pour Oka et 95 pour Saint-André, plusieurs campagnes de dépistage systématique des secteurs considérés à risque à la recherche de maisons ayant une concentration élevée de radon ont été menées.

5.2.4 LES RAYONS ULTRAVIOLETS (UV)

Les cancers de la peau sont associés à l'exposition aux rayons ultraviolets et leur incidence augmente.

Activités de promotion et de prévention

Chaque année, nous nous associons aux campagnes de sensibilisation provinciales afin de réduire l'exposition de la population aux rayons ultraviolets. Nous informons aussi les propriétaires de garderie de manière opportuniste quand l'occasion se présente lors d'une demande ad hoc. Il s'agit d'éviter le soleil durant les heures d'ensoleillement maximal et de porter des vêtements protecteurs ainsi que d'utiliser des filtres solaires appropriés.

Activités de dépistage systématique

Nous n'avons pas de programme de dépistage systématique du cancer de la peau.

5.2.5 L'AMIANTE

L'exposition à l'amiante est reliée au cancer broncho-pulmonaire et au mésothéliome.

Une vaste opération provinciale de prévention, concernant le flocage d'amiante dans les écoles primaires et secondaires du Québec, a été mise en branle en mars 1998. Les équipes de santé publique et de santé au travail des différentes régions du Québec, dont celle des Laurentides, ont été mises à contribution pour informer tous les groupes concernés et faire l'évaluation qualitative de l'état de conservation du flocage d'amiante dans les bâtiments impliqués.

Cependant, bien que l'inhalation de fibres d'amiante en suspension dans l'air puisse provoquer des effets nocifs sur la santé à long terme, les risques d'amiantose ou de cancer associés aux concentrations de fibres d'amiante mesurées dans les bâtiments scolaires sont pratiquement inexistants ou très faibles. Cette démarche préventive visait surtout à connaître et à contrôler une situation reliée à l'amiante.

On retrouve dans la section « Santé en milieu de travail – Prévention des cancers professionnels » la description des activités menées par les équipes de santé au travail de la région des Laurentides, concernant la problématique de l'amiante.

5.2.6 Les pesticides

Certains pesticides sont suspects d'activité cancérigène ou d'être des promoteurs d'activité cancérigène.

Activités de promotion et de prévention

De plus en plus, les individus et les collectivités sont sensibilisés à l'usage immodéré des pesticides dont l'usage résidentiel est considéré comme un risque inutile. La Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation encourage fortement les initiatives de plusieurs municipalités qui, comme Saint-Jérôme, veulent passer progressivement à l'utilisation de produits biologiques.

Activités de dépistage systématique

Non applicable

5.2.7 Autres activités

Par ailleurs, l'équipe de santé environnementale de la Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation répond aux demandes ad hoc en deuxième ligne. Dans le cadre de ces interventions, les professionnels vont souvent donner un avis sur des risques, appréhendés par la population, d'être exposé à des substances qu'on associe à des cancers comme la perception d'odeurs provenant d'une usine qui pouvait faire craindre la présence de solvants ou encore, la possibilité d'émission de formaldéhyde dans les poussières d'une autre compagnie. Ces interventions permettent d'éclairer la population qui est souvent submergée de renseignements parfois contradictoires.

5.3 SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL - PRÉVENTION DES CANCERS PROFESSIONNELS

Présenté par Guylaine Auger, Chef de l'équipe régionale en santé au travail des Laurentides, Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation

Le réseau de la santé au travail, les CLSC et la Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation, travaille en étroite collaboration avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail afin d'améliorer les conditions de travail au sein des entreprises du territoire des Laurentides. La lutte aux cancers professionnels se fait généralement dans le cadre des activités régulières avec les milieux de travail.

Entre autres activités, les équipes locales soutiennent les entreprises afin que celles-ci puissent respecter leurs obligations légales dont celles issues du Règlement sur la santé et la sécurité du travail. L'article 42 du Règlement précise que lorsqu'un travailleur est exposé à une substance identifiée à l'annexe I du dit règlement, comme ayant un effet cancérigène démontré (C1) ou soupçonné (C2) chez l'humain, une telle exposition doit être **réduite au minimum**, même lorsqu'elle demeure à l'intérieur des normes prévues à cette annexe. Les équipes locales aident donc les employeurs et les travailleurs dans la recherche de solutions pour réduire l'exposition aux produits cancérigènes (mesures de substitution, de contrôle des cancérigènes, travail en système clos, captage à la source et port d'équipement de protection).

Malheureusement, les interventions des équipes locales de santé au travail des CLSC et celles de l'équipe régionale de la Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation se concentrent principalement auprès des secteurs manufacturiers. Un nombre encore important d'entreprises du territoire des Laurentides, comme au Québec d'ailleurs, ont peu accès aux services offerts par les équipes en santé au travail[23], à moins qu'elles n'en fassent la demande explicite. Cette situation limite donc la portée de l'action préventive auprès de la population en général.

5.3.1 PROGRAMMES PROVINCIAUX

Quelques substances réglementées à l'annexe I du Règlement sur la santé et la sécurité du travail font l'objet de programmes d'interventions concertés au niveau provincial avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail: l'amiante (C1), le béryllium (C2) et la silice cristalline-quartz (C2). Ces programmes ont entre autres objectifs ceux d'éliminer à la source l'exposition à ces contaminants dans les milieux de travail et de s'assurer que les travailleurs se protègent adéquatement lorsque l'élimination à la source n'est pas possible (formation et information des travailleurs, accès aux équipements de protection individuelle). L'exposition à ces produits peut causer un cancer du poumon.

Au cours des dernières années dans la région des Laurentides, nous avons rejoint plus de 40 écoles de quatre commissions scolaires et visité plus de 1 200 locaux pour évaluer la qualité des flocages d'amiante. Les travaux de corrections de 15 % des locaux; enlèvement et remplacement des matériaux, encapsulation; sont actuellement en cours et sous la responsabilité des commissions scolaires. Près de cinquante travailleurs du secteur de la construction, qui ont été exposés à l'amiante au cours de leur carrière ont été rencontrés afin de recevoir des services de surveillance médicale. Deux séances

[23] On fait référence ici à la notion de groupe prioritaire, c'est-à-dire qu'un règlement oblige les entreprises de ces groupes à avoir un programme de santé dispensé par le réseau de la santé au travail. Cette obligation n'est aucunement liée à celle décrite à l'article 42 du Règlement sur la santé et la sécurité du travail qui lui, s'applique à tous les établissements du Québec.

d'information ont aussi été données aux employeurs responsables de chantiers où il pourrait y avoir des travaux d'enlèvement d'amiante et à leurs travailleurs afin que ceux-ci se protègent adéquatement lors des travaux.

Plus de 150 entreprises des Laurentides sont identifiées dans le cadre d'un projet provincial de diminution de l'exposition au béryllium. Pour l'instant, l'intervention se concentre auprès des quatre fonderies du territoire. Les résultats d'exposition sont connus dans une seule entreprise et la présence de béryllium n'est pas détectée.

Suite aux projets d'intervention pour limiter l'exposition à la silice lors des procédés de décapage au jet et aux isocyanates lors de la peinture, tous les carrossiers du territoire ont modifié leur procédé en substituant l'olivine synthétique à la silice et en mettant à la disposition des travailleurs effectuant le décapage au jet ou la peinture, un système de protection respiratoire à adduction d'air.

De plus, les programmes de santé des établissements municipaux peuvent prévoir des activités de prévention reliées à l'exposition aux rayons ultraviolets pour les travailleurs de la voirie.

Il faut toutefois noter qu'il n'existe pas de programme systématique de prévention de l'ensemble des cancers professionnels. Le Programme national de santé publique – la santé en milieu de travail, actuellement en élaboration, devrait comporter des actions précises sur la prévention des cancers professionnels.

5.4 ALIMENTATION

La Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation n'a pas de programme organisé en nutrition.

Chapitre 6

Dépistage

6.1 PROGRAMME SYSTÉMATIQUE DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Présenté par Céline Piché, coordonnatrice administrative du programme québécois de dépistage du cancer du sein des Laurentides, Nicole Lapointe, agente de planification et de programmation socio-sanitaire, et Guylaine Arbour, agente de recherche socio-sanitaire, Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation

Le cancer du sein demeure, au Québec comme dans plusieurs pays occidentaux, la principale forme de cancer chez les femmes. La méconnaissance des causes du cancer du sein et l'impossibilité d'agir sur les principaux facteurs de risque connus (âge, antécédents familiaux) rendent difficilement applicable, pour l'instant, toute stratégie basée sur la prévention primaire. Par contre, on sait que la détection précoce du cancer du sein offre de bonnes chances de guérison[24].

Le dépistage du cancer du sein ayant été identifié comme une des priorités nationales de santé publique, le Québec a décidé de mettre en place un programme de dépistage systématique dans le but de réduire d'au moins 25 % la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans, sur une période de dix ans[25]. Il s'agit du *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS).

6.1.1 IMPLANTATION DU *PROGRAMME QUÉBÉCOIS* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN DANS LA RÉGION DES LAURENTIDES

Organisation des services

Les centres de dépistage désignés sont choisis parmi les centres publics (centres hospitaliers) ou privés (cliniques de radiologie) et doivent mettre en place les services répondant aux exigences du programme. En 1996, il y avait cinq centres de mammographie dans la région, deux en clinique privée et trois en centre hospitalier. L'implantation du *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN a entraîné une révision basée sur la densité de la population, une répartition géographique plus équilibrée et l'accessibilité à des équipements de pointe pour les équipes médicales des centres hospitaliers.

Cinq (5) centres de dépistage ont été prévus :

- Le Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle;
- L'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme;
- La Clinique de radiologie Saint-Eustache;
- Le Centre hospitalier Laurentien;
- Le CLSC-Hôpital d'Argenteuil.

En date du 31 mars 2002, le programme n'est pas mis en place au Centre hospitalier Laurentien et au CLSC-Hôpital d'Argenteuil puisque ces deux centres n'ont pas encore obtenu la désignation à titre de centre de dépistage.

Les centres de référence pour investigation désignés (CRID) sont mis en place afin d'offrir la gamme complète des services, de la façon la plus coordonnée possible, aux femmes qui ont besoin d'une

---

[24] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN – *Rapport d'activités des années 1998 et 1999*, mai 2001.

[25] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN – *Cadre de référence*, octobre 1996.

investigation suite à une mammographie anormale. Compte tenu du volume estimé d'examens à réaliser et de la recommandation de désigner un nombre restreint de centres d'investigation, un seul centre de référence pour investigation désigné a été accrédité. Celui-ci est situé au Centre hospitalier Saint-Eustache.

Le centre de coordination des services régionaux (CCSR), dont le mandat est d'assurer le suivi et la coordination des activités du programme dans la région, est situé à la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides et relève de la Direction régionale de santé publique, de planification et d'évaluation.

Processus d'agrément et de certification

Tous les centres réalisant des mammographies pour le programme, centre de dépistage ou centre de référence pour investigation désigné, doivent être reconnus par le Programme d'agrément en mammographie (PAM) de l'Association canadienne des radiologistes. Dans le cadre du Programme d'agrément en mammographie, les centres doivent soumettre pour étude des films de mammographie sur lesquels on ne retrouve pas d'anomalies. Pour les centres à faible débit, le délai nécessaire pour produire ces films est plus long que celui alloué par le Programme d'agrément en mammographie. Le centre de référence pour investigation désigné rencontre une difficulté supplémentaire : sa clientèle étant presque exclusivement composée de femmes présentant des anomalies aux seins, cela devient extrêmement difficile de produire les films sans anomalie exigés par le Programme d'agrément en mammographie.

Bien qu'ils y consacrent beaucoup d'efforts et de temps, et malgré le soutien technique et financier de la Régie régionale, deux des cinq centres de dépistage et le centre de référence pour investigation n'ont pas encore obtenu l'agrément en mammographie, ce qui retarde le déploiement du programme dans la région.

La mise sur pied d'une équipe de soutien, de même qu'une demande de révision des exigences pour les centres de référence pour investigation désignés, sont présentement à l'étude au ministère de la Santé et des Services sociaux, mais les travaux ne progressent pas au rythme souhaité par les responsables régionaux.

Démarrage du programme

Le programme est reconnu comme étant appliqué dans une région lorsque l'organisation des services est terminée ou avancée et que le système d'information entre en fonction dans au moins un centre de dépistage. On dit alors qu'une région «démarre» ou encore que le *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN est «mis en place» dans une région.

Il est important de noter que dans une région où l'on implante le programme, seuls les centres de dépistage peuvent facturer à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) le coût des mammographies de dépistage qui y sont faites, et ce, à compter de la date du démarrage dans cette région.

La Direction régionale de santé publique, de planification et de l'évaluation a pris la décision de mettre en place le programme dans la région, même si l'organisation des services n'était pas complétée, puisque la majorité des centres étaient prêts; le programme devant être appliqué progressivement dans les autres centres, à mesure qu'ils seraient prêts.

Le *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN a démarré officiellement dans les Laurentides le 1er mai 1999.

6.1.2 ACTIVITÉS DU CENTRE DE COORDINATION DES SERVICES RÉGIONAUX (CCSR)

En fonction depuis septembre 1998, le Centre de coordination des services régionaux doit assurer le suivi et la coordination des activités du programme dans la région. Il doit, entre autres, assurer la promotion du programme, répondre aux demandes d'information des femmes et des intervenants, procéder à l'invitation et au rappel des femmes, procéder à l'envoi des lettres de résultat et faire le suivi des résultats anormaux.

Composition de l'équipe

- une coordonnatrice à temps complet;
- une infirmière à temps complet, principalement chargée de la promotion du programme et du suivi des résultats anormaux;
- un médecin à temps partiel;
- deux secrétaires à temps complet;
- une agente de recherche sociosanitaire à temps partiel;
- une technicienne en informatique à temps partiel.

Une ligne téléphonique spécifique, avec un numéro sans frais, est accessible à la population et aux intervenants.

Promotion – Information – Sensibilisation

Sous ce volet, différentes activités ont été réalisées et différents outils de promotion ont été créés. Plusieurs acteurs ont contribué à rejoindre les femmes visées par le *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN ainsi que les intervenants impliqués directement ou indirectement dans la lutte au cancer du sein.

Activités réalisées

- Deux stands d'information (un en français et un en anglais) lors d'événements de type «portes ouvertes».
- Plus de 50 représentations du *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN, sous forme de conférence (diapositives électroniques), à des groupes de femmes, à des groupes d'entraide et aux intervenants du réseau.
- Mois de la santé du sein (octobre 1999 et 2000) : distribution de matériel promotionnel à des groupes de femmes, à des travailleuses du milieu de la santé et du milieu scolaire; à d'autres groupes via le réseau des CLSC, au Centre de santé de Kanesatake, dans les bibliothèques, dans les pharmacies et les salles de bingo. Plusieurs milliers de femmes ont ainsi été rejointes. Tous les omnipraticiens de la région ont aussi reçu du matériel promotionnel. Les journaux ont reçu des outils de promotion.

- Mois de la santé du sein (octobre 2001) : les infirmières *agentes d'information et de sensibilisation sur le cancer du sein* des CLSC ont fait de la promotion auprès de la population. Une capsule d'information a été envoyée aux médias.

Outils de promotion développés

- Présentation sous forme de diapositives électroniques.
- Pochette pour le mois d'octobre (mois de la santé du sein).
- Affiches de promotion.
- Matériel d'information à l'intention de la clientèle des centres de dépistage.
- Calendrier promotionnel du *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN et des méthodes de dépistage du cancer du sein distribué dans les cliniques médicales et les CLSC.

La plupart des documents s'adressant directement aux femmes ont été reproduits en anglais.

Formation des intervenants

Activités réalisées

- Information sur le *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN et *Utilisation du système d'information SI–PQDCS* à l'intention du personnel des centres de dépistage, des centres de référence pour investigation désignés et des centres de coordination des services régionaux .
- *Sensibilisation à l'approche à privilégier à l'endroit des femmes visées par le Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN à l'intention du personnel des Centres de dépistage, des Centres de référence pour investigation désignés et des Centres de coordination des services régionaux .
- *Fonctionnement du Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN *et recommandations concernant le dépistage, l'investigation et le suivi du cancer du sein* à l'intention des omnipraticiens.
- *Information sur le Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN à l'intention des infirmières d'Info-Santé.

Activités à venir

- *Information sur le Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN à l'intention du personnel des Centres de dépistage non désignés, avant leur entrée dans le programme.
- *Sensibilisation à l'approche à privilégier à l'endroit des femmes visées par le Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN – *module avancé* à l'intention du personnel du Centre de référence pour investigation désigné et des intervenantes psychosociales.
- Formation à l'intention des médecins, à déterminer selon l'évaluation des besoins qui sera faite.
- Formation à l'écoute et à la relation d'aide à l'intention des bénévoles des organismes offrant des services aux personnes atteintes de cancer.

Les radiologistes et les technologues en radiologie doivent faire la preuve qu'ils ont participé à des activités de formation continue pour maintenir leur participation au *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN.

Suivi des résultats anormaux

Lorsque la mammographie est *anormale*, le Centre de coordination des services régionaux doit s'assurer qu'un médecin a pris en charge le suivi de la femme, et pour ce faire, plusieurs actions sont posées :

- Contrôle des délais d'investigation via le système d'information spécifique au *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (SI-PQDCS);
- appel téléphonique à la femme;
- lettre au médecin traitant;
- recherche de données manquantes au SI-PQDCS.

Lorsque la conclusion de l'investigation n'est pas inscrite au SI-PQDCS, la femme ne peut pas être rappelée après deux ans. Le Centre de coordination des services régionaux procède donc à la recherche des informations manquantes en utilisant différents moyens et sources de renseignements :

- Appel téléphonique à la femme;
- lettre ou télécopie au médecin traitant;
- appel au Centre de dépistage et/ou à la clinique du médecin;
- demande de copie des rapports d'investigation au centre où a eu lieu l'investigation;
- envoi des rapports obtenus à l'équipe de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) qui effectue la saisie des données.

Information et soutien à la clientèle

Lors d'appels téléphoniques au Centre de coordination des services régionaux, de l'information, du soutien et de l'accompagnement sont offerts aux femmes qui en éprouvent le besoin. Si nécessaire, les femmes peuvent être référées à l'intervenante sociale du Centre de référence désigné pour investigation

Collaboration avec différents partenaires

Financé par la Régie régionale, le *Programme d'information et de sensibilisation sur le dépistage du cancer du sein* vise à faire la promotion du *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN et des méthodes de dépistage. Il a été réalisé sous forme de projet-pilote dans un CLSC d'abord, puis dans tous les CLSC (sept) de la région. Neuf infirmières ont reçu la formation requise et organisent des activités sur leur territoire respectif.

6.1.3 Résultats préliminaires

Cette section présente des données sur l'envoi des lettres du programme et certains résultats reliés aux activités de dépistage.

Population admissible

La population admissible est composée des femmes âgées de 50 à 69 ans qui résident dans la région des Laurentides. Celle-ci était en moyenne de 47 485[26] femmes pour la période étudiée.

Lettres envoyées

Les données compilées par le secrétariat du Centre de coordination des services régionaux nous indiquent que, pour la période de janvier 2000 à décembre 2001 (avant cette date, le Centre de coordination des services régionaux a fait parvenir les lettres de résultat aux femmes de la région qui avaient participé au programme dans une région démarrée), 22 405 lettres d'invitation, 15 977 lettres de relance et 7 102 lettres de rappel ont été acheminées aux femmes de la région. Les lettres d'invitation destinées aux femmes qui habitent les secteurs des deux Centres de dépistage non démarrés ne sont pas envoyées pour le moment mais devraient l'être bientôt.

[26] Source : Fichier des populations admissibles, Régie de l'assurance maladie du Québec, 2001. La moyenne est calculée sur les populations ajustées de septembre 1999, mars et novembre 2000 et mai 2001.

Dépistage

Participation au dépistage

Selon les données issues de la banque du *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN[27], le nombre de femmes admissibles ayant passé une première mammographie de dépistage (cycle 1)[28] de 1999 à 2001 est de 21 027, ce qui représente un taux de participation au dépistage de 44,3 %. Notons que 76,2 % de ces dépistages ont été réalisés dans la région. On peut penser que ce taux serait plus élevé si toutes les femmes admissibles avaient été invitées.

Note: Compte tenu des restrictions qui étaient en vigueur pour l'accès à la mammographie de dépistage, certaines mammographies, dont le nombre est inconnu, ont été facturées sous le code «*mammographie diagnostique*» et n'ont donc pas été enregistrées dans le *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN. Le taux de participation au dépistage obtenu est donc plus bas que le taux réel.

Consentement à participer au Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Parmi les 21 027 femmes ayant eu une mammographie de dépistage, 20 909 (99,4 %) ont consenti à participer au *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN[29] : 38,9 % sont âgées de 50 à 54 ans, 27,8 % de 55 à 59 ans, 18,9 % de 60 à 64 ans et 14,4 % de 65 à 69 ans.

Résultat au dépistage

Le résultat de la mammographie de dépistage a été *normal* dans 78,4 % des cas, *normal/lésion bénigne* dans 8,3 % des cas et *anormal* dans 13,3 % des cas.

Délai

Le délai pour obtenir un rendez-vous pour une mammographie de dépistage est variable d'un centre de dépistage à l'autre, allant de deux semaines à quatre mois (selon l'information fournie par les centres de dépistage). Les délais entre les différentes étapes du cheminement de la femme dans le programme seront présentés ultérieurement.

Investigation

Les résultats sur les activités d'investigation seront présentés ultérieurement.

---

[27] Source : Banque de données exadepist31122001reg15.sav, extraction du SI-PQDCS, 31 décembre 2001.

[28] Un cycle est d'une durée de deux ans. Un certain nombre de femmes de la région sont à leur deuxième cycle dans le programme et quelques-unes, ayant débuté le programme dans une autre région, sont rendues à leur troisième cycle de dépistage.

[29] Lorsqu'une femme donne son consentement à participer au programme, cela signifie qu'elle accepte que les données la concernant soient envoyées aux responsables du programme et que les données recueillies soient utilisées à des fins de recherche et d'évaluation du programme. C'est pourquoi les analyses ne portent que sur les femmes ayant consenti au programme et que les données sur les femmes ayant été dépistées, mais ayant refusé d'entrer dans le programme ne peuvent être utilisées.

6.2 DÉTECTION PRÉCOCE DES CANCERS COLORECTAL ET DE LA PROSTATE

Il n'y a pas de programme structuré de prévention pour ces cancers.

6.3 DÉPISTAGE DU CANCER DU COL UTÉRIN

Présenté par Pierre Robillard, médecin conseil, Équipe des maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique, de planification et de l'évaluation

L'infection par le virus du papillome humain (VHP), communément appelée condylomes, constitue un important facteur de risque associé au cancer du col. Selon Santé Canada, entre 10 % et 30 % de la population adulte est infectée par le VHP[30]. Toutefois, seuls certains génotypes du VHP sont associés au cancer du col utérin et leur évolution vers la néoplasie du col serait étroitement associée au tabagisme et à la présence de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). D'autres facteurs sont aussi associés au risque plus élevé de cancer du col: un grand nombre de partenaires sexuels, un partenaire qui a eu de nombreux partenaires sexuels et l'âge précoce des premières relations sexuelles. Aussi, les Lignes directrices nationales et provinciales recommandent-elles que toutes les femmes actives sexuellement subissent régulièrement un test de dépistage du cancer col utérin (le test Pap)[31].

Actuellement, aucune activité structurée de dépistage n'est réalisée dans notre région bien que certaines actions soient posées en ce qui a trait aux volets des services de santé et de la prévention-promotion. Ainsi, dans le cadre de l'examen médical périodique, il est recommandé qu'un dépistage du cancer du col soit fait pour toutes les femmes qui ont une vie sexuelle active. Par contre, il n'y a aucun programme structuré qui en fait la promotion ou qui gère les examens et leurs résultats, comme c'est le cas pour le dépistage du cancer du sein.

Pour la Direction régionale de santé publique, de planification et de l'évaluation, les programmes de prévention des maladies transmissibles sexuellement (MTS), incluant les condylomes, visent surtout à réduire leur incidence au moyen d'activités de dépistage, de promotion des comportements préventifs favorisant la réduction des risques tels que l'utilisation de condoms, l'encouragement à retarder l'âge du début de la vie sexuelle active et la diminution du nombre de partenaires sexuels.

Des activités de formation pour les professionnels de la santé, médecins et infirmières sont prévues au cours de l'année 2002-2003. En collaboration avec le Collège québécois des Médecins de famille, la Direction régionale de santé publique, de planification et de l'évaluation offrira des ateliers de formation sur les MTS virales, herpès et condylomes; aux médecins et aux infirmières de la région. Une mise à jour sur les MTS et les activités de notification aux partenaires est prévue à l'automne 2002 auprès des intervenants des cliniques MTS des CLSC, pour les clientèles jeunesse et adulte. La Direction régionale de santé publique, de planification et de l'évaluation assurera aussi la distribution auprès des intervenants de la région d'un dépliant d'information s'adressant aux personnes atteintes de condylomes.

---

[30] Santé Canada, Lignes directrices canadiennes pour les MTS, Édition 1998, Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/Sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie, Direction générale de la protection de la santé, Ottawa, pages 193-199

[31] Idem

Chapitre 7

Investigation, traitement, adaptation-réadaptation et soins palliatifs

Chapitre 7

Investigation, traitement, adaptation-réadaptation et soins palliatifs

7.1 MÉTHODOLOGIE DE LA CUEILLETTE D'INFORMATION

La Régie régionale des Laurentides tient à impliquer activement les partenaires dans l'organisation des services en cancérologie. De ce fait, les gestionnaires des centres hospitaliers et des centres locaux de services communautaires de la région ont été sollicités afin de participer aux travaux dans le cadre de l'élaboration d'un Programme régional d'organisation de services intégrés de la lutte au cancer dans les Laurentides d'ici mars 2003. De plus, la Régie régionale a rappelé que ce dossier est une priorité pour le ministère de la Santé et des Services. Leur collaboration a permis d'identifier une personne ressource, disponible à s'associer à la permanence de la Régie régionale, afin d'entreprendre rapidement les travaux. Les services d'une infirmière impliquée auprès des CLSC du territoire ont été retenus.

La première étape des travaux consistait à faire un état de situation du mode de distribution de soins et de services en lien avec l'accessibilité à l'investigation, le traitement, l'adaptation, la réadaptation, le soutien et les soins palliatifs concernant la clientèle atteinte de cancer et du support aux proches. Quant aux services offerts en soins palliatifs, l'information recueillie visait toute clientèle confondue requérant le support psychologique et des soins de fin de vie.

Une tournée régionale a été organisée. Un calendrier de rencontres a été élaboré avec la précieuse collaboration de tout le personnel visé par ces rencontres. Douze établissements ont été visités; cinq centres hospitaliers et sept CLSC.

Les intervenants de la santé de plusieurs secteurs ont été rencontrés, tels que :

- Des directeurs généraux.
- Des directeurs des services professionnels.
- Des omnipraticiens.
- Des hémato-oncologues.
- Des chefs de services.
- Des chefs d'administration de programmes.
- Des infirmières cliniciennes.
- Des assistantes aux supérieurs immédiats.
- Des pharmaciens
- Des travailleurs sociaux
- Des ergothérapeutes.
- Des inhalothérapeutes.
- Des animateurs de pastorale.

Étant donné l'ampleur de la démarche, le temps disponible pour l'exécution de cet état de situation, et surtout sans réduire la valeur de leur implication, la permanence de la Régie régionale rencontrera les organismes sans but lucratif et les centres hospitaliers de soins de longue durée ultérieurement.

Les rencontres, d'une durée de trois heures, étaient encadrées par un canevas d'entrevue afin d'assurer une harmonisation de la cueillette d'information. La compilation des données fût organisée sous forme de fiche d'établissement détaillant l'accessibilité aux services selon les multiples volets définit au Programme québécois de lutte contre le cancer au Québec. De ces fiches d'établissements, validées par les participants de l'établissement respectif, des constats furent énumérés.

Une première partie présente les centres hospitaliers et une deuxième partie présente les CLSC.

Dans une deuxième étape, la mise sur pied d'un comité régional de lutte au cancer permettra d'initier une réflexion sur une planification régionale d'organisation de services intégrés de lutte contre le cancer.

7.2 OBJECTIFS VISÉS

L'objectif général de la tournée était de :

- Rencontrer, dans leur milieu, les divers intervenants des centres hospitaliers et des CLSC impliqués activement auprès de la clientèle qui lutte contre le cancer.

Les objectifs spécifiques étaient de :

- Recueillir les informations concernant l'organisation et la prestation des services à la clientèle atteinte de cancer.
- Dresser un portrait sur le mode de distribution des services.
- Établir des constats à partir de la cueillette d'information.

7.3 FICHES DES CENTRES HOSPITALIERS

7.3.1 CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE CENTRE L'ANNONCIATION

Date de la rencontre : 28 janvier 2002

Étaient présents :

M. Robert Charette	pharmacien et chef du département
Dr André Cyr	médecin
Mme Odile Deshaies	responsable soins palliatifs, liaison, réadaptation intensive et fonctionnelle, virage ambulatoire
Mme Sylvianne Doré	directrice des services généraux et spécialisés
Dr Pierre Gfeller	directeur des services professionnels
M. Maurice Guindon	animateur de pastorale
Mme Berthe Gunn	bénévole, responsable des intervenants
Mme Louise Marcoux	travailleuse sociale médecine et soins palliatifs
Mme Louise Tremblay, responsable	chef d'unité cliniques externes, courte durée, médecine et urgence

ACTIVITÉS D'INVESTIGATION ET DE DIAGNOSTIQUES — CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE CENTRE L'ANNONCIATION

Services offerts	Corridors de services	Accessibilité	Particularités
Radiologie	Centre Mont-Laurier ou Centre hospitalier Laurentien pour mammographie	Oui Délai rapide	
Échographie		Oui	
Endoscopie	Pneumologie HSC ORL à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme Urologie CHUM-SL Cystoscopies CHCR-AL Mont-Laurier	Endoscopies digestives	Médecin contacte l'établissement concerné pour un accès plus rapide
Laboratoire	CHCR-AL Mont-Laurier	De base	
Pathologie	HDSJ		
Résonance magnétique	HSC		
Médecine nucléaire	HSC		
Tomodensitométrie			
Autres		Ponctions de moelle	

Commentaires :

Un projet de résonance magnétique à l'HDSJ a été déposé en avril 1999. Les derniers budgets de fonctionnement et d'immobilisation ont été accordés en janvier 2002. Ce service régional pourrait être accessible à la fin de l'an 2002.

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE**
CENTRE L'ANNONCIATION

Chirurgie et suivi post chirurgical curatif et palliatif

	Corridors de services	Accessibilité	Particularités
Générale	Toutes les chirurgies sont référées au centre Mont-Laurier ou à Montréal	Le suivi postopératoire des patients ayant subi une chirurgie à Mont-Laurier est assuré par le centre l'Annonciation	
Orthopédique			
Sein			
Thoracique			
Urologique			
Gastrique			
Intestinale			
Gynécologique			

Commentaires :

.

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE**
CENTRE L'ANNONCIATION

Radiothérapie curative et palliative

	Corridors de services	Accessibilité	Particularités
La plupart des cas	HMR		Délai ± 1 mois
ORL	CHUM-ND		

Commentaires :

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE**
CENTRE L'ANNONCIATION

Chimiothérapie curative et palliative

	Accessibilité	Particularités
Types de chimiothérapie	• Thérapies simples • Oncologie pédiatrique pour les protocoles simples	• Pas de perfusion 24 heures • Thérapies d'induction à HSC
Support au patient et à la famille		Patient peut contacter l'infirmière de la clinique externe.
Équipe interdisciplinaire	• Infirmière, travailleuse sociale, pharmacien • Nutritionniste au besoin	
Lieu d'administration :		
Cliniques externes	• Cliniques externes deux demi-journées semaine • Spécialistes de l'HSC • Alternance des hémato-oncologues et des omnipraticiens pour assurer les suivis	• Couverture extra-territoriale (Maniwaki) • Le patient peut rappeler l'infirmière de la clinique, elle fait le suivi et peut faire les démarches pour l'hospitalisation. • Ressources spécialistes restreintes : le spécialiste a formé un omnipraticien. • Pas de suivi psychologique entre la chirurgie et le début de la chimiothérapie
Unité spécialisée hémato-oncologie/ médecine de jour		Non accessible

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS	CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE CENTRE L'ANNONCIATION	
Chimiothérapie curative et palliative (suite)		
	Accessibilité	**Particularités**
Traitements conjoints :		
• Arédia	Administré à la clinique externe	Si administré au CLSC le patient paie la coassurance et les frais de base, donc administré au centre hospitalier.
• Zométa	Administré à la clinique externe	
• Transfusions	Administrées à la clinique externe	
• Autres		
Clinique de la douleur		Pas de clinique spécialisée. Un médecin s'intéresse au soulagement de la douleur.
Unité hémato-oncologie		Non accessible
Clinicienne	Pas spécialisée en oncologie	Une clinicienne de la courte durée pour les deux sites du centre hospitalier et son bureau est situé au Centre Mont-Laurier
Chimiothérapie à domicile		Le CLSC peut assurer la supervision des thérapies administrées via technique «Intermate», pas de perfusion continue.
Commentaires : - Le spécialiste prescrit les thérapies et le médecin omnipraticien peut assurer le suivi. - Les coûts de pharmacie sont élevés : 145 000 $ en 2000, 245 000 $ en 2001. Facteurs explicatifs : traitements plus complexes, variété des traitements, augmentation de la demande. Impacts sur les ressources infirmières, en pharmacie et sur la clientèle. Les traitements sont répartis sur 5 jours semaine. Infirmières à temps partiel ont un impact sur la continuité de soins pour le suivi du client. - Pharmacien : difficulté à rencontrer et à assurer le suivi de tous les patients sous traitement due à la demande. - Peu de formation continue.		

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS	CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE CENTRE L'ANNONCIATION	
Hébergement/transport		
	Accessibilité	**Particularités**
Services bénévoles	Action bénévole de la Rouge	Frais par km et selon le revenu
Hôtellerie	Utilisée pour traitements de radiothérapie à Montréal	
Autres	• Transport adapté	
	• Si la famille assure le transport, le centre hospitalier applique la politique de remboursement du MSSS	
Commentaires :		

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS	CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE CENTRE L'ANNONCIATION	
Pharmacie		
	Accessibilité	**Particularités**
Pharmacien oncologie	• Oui • Horaire : lundi au vendredi de 8 h à 16 h 30	Conseils sur la médication
Médicaments fournis par le centre hospitalier	Prêt de médicaments pour le client en dehors des heures d'ouverture des pharmacies communautaires	
Soins de plaies		
Héparine		
Solutés/tubulures/fournitures	Fournit pour le CLSC Hautes-Laurentides puisqu'il n'y a pas de service courant.	Le CLSC Trois-Vallées fournit les fournitures aux patients.
Autres		
Partage des coûts	Médicaments gratuits pour les patients hospitalisés	• À l'extérieur du centre hospitalier les coûts des médicaments sont au frais du client. • Demande d'exception complétée au besoin.
Implication des pharmaciens communautaires		Pas d'implication des pharmaciens communautaires
Service de garde en pharmacie	Oui au centre hospitalier	
Commentaires : Les coûts sont très élevés.		

ADAPTATION / RÉADAPTATION	CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE CENTRE L'ANNONCIATION	
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités**
Ergothérapie	Oui	Délai long
Physiothérapie	Oui	• Priorisation informelle ± un mois • Autre clientèle : délai + trois mois
Convalescence		Pas de ressource
Prêts d'équipements	Oui, petits équipements	• Pas de lit disponible • Pas d'inventaire, utilise ressources des unités de soins
Organismes communautaires/bénévoles	Bénévoles pour les soins palliatifs seulement	
Commentaires :		

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS	CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE CENTRE L'ANNONCIATION	
Mécanismes de liaison CH-CLSC		
	Accessibilité	**Particularités**
Clientèle admissible	Le CLSC n'admet que la clientèle non ambulante pour des visites à domicile.	• Changements de pansements post-opératoires faits via l'urgence. • Pas de service courant au CLSC du territoire • Pas de suivi entre le moment de la chirurgie et le début des traitements de chimiothérapie pour les patients opérés à Montréal ou à Mont-Laurier ; pas de référence téléphonique à la clinique externe.
Présence d'une infirmière de liaison en oncologie	Non	Assuré par l'assistante infirmière-chef de l'unité ou l'infirmière
Présence d'une infirmière de liaison en soins palliatifs	Oui	Infirmière dessert plusieurs services
Semaine		
Fin de semaine		
Garde infirmière		
Garde médicale	En oncologie à la demande	
Mode de communication CH-CLSC		
Semaine		
Fin de semaine		
Commentaires : Le client est peu supporté puisqu'il revoit l'hémato-oncologue après ± six semaines à Montréal.		

SOINS PALLIATIFS	CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE CENTRE L'ANNONCIATION	
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités**
Mécanismes de liaison/cheminement de la demande	• Références internes • Consultation reçue pour toute la clientèle du centre hospitalier. • Quatre à cinq références en même temps	
Unité spécialisée	• Deux lits sur l'unité de médecine ainsi que locaux adaptés pour le client et la famille. • Clientèle surnuméraire répartie sur l'unité. • Implication marquée du personnel	Même personnel pour toute l'unité de médecine
Clientèle admissible	• Évaluation médicale • Pas de guérison possible	
Suivi médical pour la clientèle à domicile	Pas de suivi palliatif en externe	
Traitement de la douleur	Implication du pharmacien et du médecin	
Suivi de deuil et soutien à la famille	• Relance téléphonique à trois semaines et à trois mois par une bénévole ou autre membre de l'équipe interdisciplinaire • Rassemblement commémoratif une fois l'an pour les patients qui ont été référés aux soins palliatifs.	Les familles se réfèrent elles-même à l'infirmière des soins palliatifs de l'étage pour ses besoins face aux bénévoles.
Personne ressource	• La responsable des soins palliatifs, liaison, réadaptation intensive et fonctionnelle, virage ambulatoire • L'assistante infirmière-chef	
Équipe interdisciplinaire :	Rencontre structurée une fois semaine	
• Médecin	Oui	
• Infirmière clinicienne	Infirmière	
• Pharmacien	Oui	
• Ergothérapie	Oui, au besoin	
• Physiothérapie	Oui, au besoin	
• Soutien psychologique	Travailleuse sociale	Huit heures/semaine
• Nutrition	Oui	
• Pastorale	Oui	
• Bénévoles	Oui, équipe de 34 bénévoles ayant reçu une formation par l'organisme Albatros	
Soins infirmiers	Oui	
Organismes communautaires/bénévoles	Groupe d'entraide pour les mastectomisées	Albatros se déplace vers ce territoire à la demande.
Soutien au personnel soignant	• Par les pairs • Assemblée annuelle pour l'équipe des soins palliatifs et des bénévoles 1 fois l'an	
Formation continue/mise à jour :		
• Médicale		• Formation en soins palliatifs • Peu de formation en général
• Nursing	Deux ou trois infirmières ont assisté à une formation l'an dernier.	Soins de fin de vie et approche aux mourants il y a dix ans
• Autres	• Formation bénévole une fois/mois • Implication des familles avec les bénévoles • Colloque hôpital Notre-Dame • Association québécoise des soins palliatifs	
Outils cliniques	• Guide des soins palliatifs • Guide de la Société canadienne du cancer	

Commentaires :

- La nouvelle structure d'organisation des services par programme fait en sorte que la circulation de l'information est déficiente.
- Implication de la Fondation de l'hôpital avec un volet soins palliatifs pour l'achat de fournitures.

7.3.2 CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE
CENTRE MONT-LAURIER

Date de la rencontre : 29 janvier 2002

Étaient présents :

Mme Colette Arel	infirmière clinicienne
Mme Suzanne Boulanger	travailleuse sociale
Mme Sylvianne Doré, responsable	directrice des services généraux et spécialisés
Mme Carole Gaudreault	infirmière des soins palliatifs, liaison, virage ambulatoire
Dr Pierre Gfeller	directeur des services professionnels
Dr Rosanne Jouan	médecin en soins palliatifs
Mme Lise Lavallée	chef d'unité
Mme Claudette Ouellette	infirmière clinique externe
Dr Charles Paquette	médecin en soins palliatifs
Mme France Ratelle	directrice des soins infirmiers

ACTIVITÉS D'INVESTIGATION ET DE DIAGNOSTIQUES CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE CENTRE MONT-LAURIER

Services offerts	Corridors de services	Accessibilité	Particularités
Radiologie		Oui	
Échographie		Oui	
Endoscopie	HDSJ - Biopsies complexes Bronchoscopies HSC	Digestives Biopsies simples	
Laboratoire		Oui	
Pathologie	HDSJ		
Résonance magnétique	HSC ou autre		Médecin doit faire contact lui-même pour accès plus rapide
Médecine nucléaire	HDSJ		
Tomodensitométrie		Depuis 14 janvier 2002	
Autres			

Commentaires :

Un projet de résonance magnétique à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme a été déposé en avril 1999. Les derniers budgets de fonctionnement et d'immobilisation ont été accordés en janvier 2002. Ce service régional pourrait être accessible à la fin de l'an 2002.

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE
CENTRE MONT-LAURIER

Chirurgie et suivi post chirurgical curatif et palliatif

	Corridors de services	Accessibilité	Particularités (délai)
Générale		Oui	Délai court
Orthopédique		Certains cas	Présence du spécialiste une fois/semaine
Sein		Mastectomies	
Thoracique	HSC, CHUM-SL		
Urologique	CHUM-SL		Présence du spécialiste une fois par mois
Gastrique	CHUM-SL		Présence du spécialiste une fois par mois
Intestinale	CHUM-SL		
Gynécologique	• HMR • Hôpital Ste-Justine	Simples	Clinique à Mont-Laurier ± une fois/semaine
ORL	HDSJ	Certains cas	
Neuro-chirurgie	• Hôpital Notre-Dame • L'Institut Neurologique de Montréal		Peu de délai

Commentaires :
Les cas de mastectomie peuvent être rencontrés par une bénévole du *groupe d'entraide Claire Voie (trois personnes disponibles)* et par la travailleuse sociale avant l'intervention et suivi au besoin lors de la clinique d'oncologie.

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE
CENTRE MONT-LAURIER

Radiothérapie curative et palliative

	Corridors de services	Accessibilité	Particularités
ORL	CHUM N-D		
Autres spécialités	HMR ou autres		

Commentaires :
Projet d'un centre de radiothérapie à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme. Dossier déposé au Ministère en octobre 1999.

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE
CENTRE MONT-LAURIER

Chimiothérapie curative et palliative

	Accessibilité	Particularités
Types de chimiothérapie	• Protocoles simples incluant BCG vésical • Chimiothérapie palliative disponible	• Pas de perfusion 24 heures sauf perfusion continue x 48 heures à domicile • Thérapies complexes induites à HSC • Pas d'oncothérapie pédiatrique
Support au patient et à la famille		Pas de suivi particulier lors de l'annonce du diagnostic

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS (suite)	CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE CENTRE MONT-LAURIER	
	Accessibilité	**Particularités**
Équipe interdisciplinaire	• Rencontre une fois/semaine médecin, infirmière et pharmacien • Pharmacien se rend à la clinique externe pour la formation au patient en pré et post-traitement.	• Pas de réunion fixe avec les spécialistes • Seulement lorsque ces patients sont hospitalisés.
Lieu d'administration :		
• Cliniques externes	• Clinique externe une fois/semaine • Même locaux que les autres cliniques externes • Administration cinq jours/semaine selon les protocoles • Administration de la chimiothérapie, des transfusions et des autres produits sanguins	• Peu de confidentialité • Risques environnementaux lors de l'administration dans le corridor • Augmentation des responsabilités des infirmières : le médecin n'est pas toujours sur place • Lieux physiques très petits, les patients sont tous ensemble, beaucoup de circulation, local de rangement déficient. • Augmentation de la lourdeur des traitements et des coûts de façon exponentielle • Augmentation du temps de préparation : une hotte = une technicienne • Augmentation de la demande • Desserte extra territoriale • Présence médicale en alternance entre l'hématologue et l'omnipraticien une semaine sur deux • Plan de traitement non établi, patients insatisfaits, approche différente entre les spécialistes (Présence de quatre hémato-oncologues équipe HSC)
Unité spécialisée hémato-oncologie/médecine de jour		• Non accessible • Pas de médecine de jour
Traitements conjoints :		
• Arédia	Administré à la clinique externe	Si administré au CLSC, le patient paie la coassurance et les frais de base, donc administré au centre hospitalier
• Zométa	Au formulaire du CHCR Antoine-Labelle	N'a pas été utilisé à ce jour
• Transfusions	Administrées à la clinique externe	
• Autres		
Clinique de la douleur	Médecin traitant gère le soulagement de la douleur	Pas de clinique spécialisée
Clinicienne		Pas spécialisée en oncologie, fonctions plutôt générales (orientation du personnel, techniques de soins prévention des infections, etc.)
Pharmacien en oncologie	Oui	
Chimiothérapie à domicile	Oui, perfusion continue par biberon x 48 heures (5 FU)	Peu de cas

Commentaires :

- Manque de suivi particulier dès l'annonce du diagnostic.
- Le personnel impliqué auprès de la clientèle atteinte de cancer a reçu une formation il y a 8 ans.
- À chaque année, quelques membres du personnel participent au colloque de L'Association québécoise des soins palliatifs et aux 2 ans, des activités de ressourcement sont organisées dans l'établissement.
- Dr Paquette a donné une formation aux médecins en début d'année 2002.
- Formation médicale continue une fois semaine, pas exclusive au cancer.
- Réflexion quant à l'administration de l'Arédia qui est faite en clinique externe. Le centre hospitalier défraie les coûts si administrée à la clinique externe tandis que c'est le patient qui les assument si administrée par le personnel du CLSC.

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE
CENTRE MONT-LAURIER

Hébergement/transport

	Accessibilité	Particularités
Services bénévoles	• Centre Léonie Bélanger	Coûts au frais du patient
	• Société canadienne du cancer	Offre un support financier au patient
	• Albatros Groupe d'entraide Claire-Voie	
	• Fondation Yvan Laurin	Offre support financier après évaluation financière et psychosociale
Hôtellerie	Utilisée lors de traitement de radiothérapie à Montréal	
Autres	• Si patient hospitalisé : transport au frais de l'établissement • Si utilise une ressource personnelle : remboursé selon la politique du ministère de la Santé et des Services sociaux	

Commentaires :

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE
CENTRE MONT-LAURIER

Pharmacie

	Accessibilité	Particularités
Pharmacien en oncologie	Présence régulière, rotation de trois pharmaciennes lors de la clinique d'oncologie (mardi). Présence selon les besoins les autres jours	
Médicaments fournis par le centre hospitalier	Selon les protocoles établis	
Partage des coûts	Aucuns frais si administration au centre hospitalier	
Implication des pharmaciens communautaires	Complètent les prescriptions post-chimiothérapie RE: anti-nauséeux	

Commentaires :

- Le pharmacien en oncologie fait le lien avec le médecin, l'oncologue ou le pharmacien communautaire, au besoin.

ADAPTATION/RÉADAPTATION — CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE
CENTRE MONT-LAURIER

Services offerts	Accessibilité	Particularités
Ergothérapie	• Évaluation ponctuelle • Délai court	Manque de ressources
Physiothérapie	• Évaluation ponctuelle • Délai court	Manque de ressources
Convalescence		Pas de service
Prêts d'équipements	Petits équipements disponibles : • Matelas • Matériel de confort • Compresseur	
Organismes communautaires/bénévoles	• Le mardi, présence de deux membres du groupe d'entraide Claire-Voie au centre hospitalier lors de la clinique d'oncologie. • Référence au groupe d'entraide Claire-Voie pour tout type de cancer au besoin	Pas d'organisation spécifique pour le déploiement des ressources bénévoles

Commentaires :

La fondation de l'établissement supporte l'achat des petits équipements.

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE**
CENTRE MONT-LAURIER

Mécanismes de liaison CH-CLSC

	Accessibilité	Particularités
Clientèle admissible	Le CLSC admet seulement la clientèle non ambulante pour des visites à domicile	• Perte d'autonomie/soins palliatifs. • Anticoagulothérapie et antibiothérapie surtout • Admission en provenance de l'urgence ou pré-admission • Lors du congé en oncologie : - pas de prise en charge avant la phase pré terminale - pas de suivi pour le soulagement de la douleur - pas de support psychologique - pas de service courant au CLSC du territoire
Présence d'une infirmière de liaison en oncologie	Non disponible	
Présence d'une infirmière de liaison en soins palliatifs		
Semaine	Oui	
Fin de semaine	Assistante de l'unité fait la liaison à l'infirmière de l'Info-Santé	Peu de congés les fins de semaine : les chirurgiens favorisent les congés le vendredi
Garde infirmière	Info-Santé 24/7 pour les patients connus par l'équipe des soins à domicile du CLSC du territoire	
Garde médicale	Pour les patients connus du médecin	Garde en oncologie non accessible
Mode de communication CH-CLSC		
Semaine	Formulaire de référence, télécopieur, téléphone.	Le médecin traitant peut hospitaliser le client en contactant directement l'admission.
Fin de semaine	Idem	

Commentaires :

La clientèle suivie en soins palliatifs n'est pas identifiée. Lors d'une hospitalisation, il n'y a pas de liaison, l'unité n'est pas informée de façon formelle.

SOINS PALLIATIFS	CENTRE HOSPITALIER ET CENTRE DE RÉADAPTATION ANTOINE-LABELLE CENTRE MONT-LAURIER	
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités**
Mécanismes de liaison/cheminement de la demande	Référence interne	
Unité spécialisée	• Quatre lits aménagés avec cuisinette et salon. • Patients peuvent être suivis en soins palliatifs à travers toutes les unités de soins de l'hôpital.	• Un à deux décès à domicile par année • La durée moyenne de séjour a augmenté parce que les patients ont peur de mourir à domicile et sont souffrants.
Clientèle admissible	Toute pathologie à issue fatale	
Suivi médical pour la clientèle à domicile	Par médecin traitant ou médecin du CLSC.	
Traitement de la douleur	Assuré par médecin de famille	
Suivi de deuil et soutien à la famille	• Relance téléphonique quelques semaines après le décès • Messe communautaire très convoitée aux six mois • Carte de condoléances	Aucun suivi par la travailleuse sociale pour favoriser le maintien à domicile
Personne ressource	Infirmière de liaison fait l'évaluation bio-psychosociale.	Rôle informel
Équipe interdisciplinaire :	Depuis 1985	
• Médecin	Oui, dont un depuis 1985 (absent de 1993 à 1995), changement de fonctionnement depuis juillet 2001.	
• Infirmière clinicienne	Infirmière	
• Pharmacien	Oui, depuis juillet 1998	
• Ergothérapie	Évaluation ponctuelle sur demande	
• Physiothérapie	Non	
• Soutien psychologique	Travailleuse sociale	8 heures/semaine seulement, insuffisant
• Nutrition	Oui	
• Pastorale	Oui	
• Bénévoles	Coordonnatrice des bénévoles	Absente de l'équipe depuis le 15 février 1999.
Soins infirmiers	Oui	
Organismes communautaires/bénévoles	Albatros	
Soutien au personnel soignant	Par les pairs	
Formation continue/mise à jour :		
• Médicale	Annuellement	
• Nursing	Annuellement	
• Autres	Annuellement	
Outils cliniques		

Commentaires :

Le changement pour une rémunération médicale à forfait amène une rotation des médecins de garde. Interruption dans la continuité du suivi.

7.3.3 CENTRE HOSPITALIER LAURENTIEN

Date de la rencontre : 30 janvier 2002

Étaient présents :

Dr Luc Courtemanche	omnipraticien soins palliatifs
M. Jacques Gaudette	directeur général
Mme Francine Laperrière	infirmière clinicienne soins palliatifs
Mme Martine Laporte, responsable	infirmière-chef médecine, chirurgie , soins palliatifs et soins intensifs.
Dr Richard Marsan	directeur services professionnels et hospitaliers
Dr Harry Pretty	chef médecin spécialiste, hémato-oncologue

ACTIVITÉS D'INVESTIGATION ET DE DIAGNOSTIQUES — CENTRE HOSPITALIER LAURENTIEN

Services offerts	Corridors de services	Accessibilité	Particularités
Radiologie		Oui	
Échographie		Oui,	Délai moins d'un mois
Endoscopie		Oui, délai rapide	
Laboratoire		• Oui, clientèle en oncologie : ponctions veineuses faites clinique externe mardi-mercredi • Pré-chimiothérapie	Centre de prélèvements à l'extérieur de l'établissement
Pathologie	HDSJ		
Résonance magnétique	Montréal		• Délai court si médecin contacte l'établissement. • Plus rapide si hospitalisé
Médecine nucléaire	HDSJ		Si en externe, délai long
Tomodensitométrie		Depuis juin 2001	Équipe de radiologistes de l'HDSJ
Autres			

Commentaires :

- Tous les examens d'investigation de néoplasie sont prioritaires.
- Malgré les corridors de services établis, les médecins doivent téléphoner à l'établissement receveur afin d'expliquer la raison de l'examen et le prioriser.
- Un projet de résonance magnétique à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme a été déposé en avril 1999. Les derniers budgets de fonctionnement et d'immobilisation ont été accordés à l'HDSJ en janvier 2002. Ce projet régional pourrait être accessible à la fin de l'an 2002.

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **CENTRE HOSPITALIER LAURENTIEN**

Chirurgie et suivi post chirurgical curatif et palliatif

	Corridors de services	Accessibilité	Particularités (délai)
Générale		Oui	
Thoracique	HDSJ		
Orthopédie			
Sein	Harpon au CHSE	oui	
Thoracique			
Urologie	HDSJ		
Gastrologie	CHUM-SL et HMR		
Intestinale	CHUM-SL et HMR		
Gynécologie	Hôpital Notre-Dame	Certaines chirurgies	
ORL	HDSJ		
Neurologie	Institut de neurologie Montréal, hôpital Notre-Dame		

Commentaires :

- Lorsque les patients sont référés à l'extérieur pour une chirurgie, il faut favoriser le suivi postopératoire dans la région le plus tôt possible.
- Maintenir les chirurgies gynécologiques au centre hospitalier.

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **CENTRE HOSPITALIER LAURENTIEN**

Radiothérapie curative et palliative

	Corridors de services	Accessibilité	Particularités
Toutes spécialités	HMR		

Commentaires :

Projet d'un centre de radiothérapie à l'HDSJ. Dossier déposé au Ministère en octobre 1999

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **CENTRE HOSPITALIER LAURENTIEN**

Chimiothérapie curative et palliative

	Accessibilité	Particularités
Types de chimiothérapie	Tous, sauf les thérapies contre la leucémie	
Support au patient et à la famille	Groupe d'entraide Oasis Infirmières de la clinique d'oncologie	Pas de soutien entre l'annonce du diagnostic et la chirurgie (sauf pour cas spécifiques)
Équipe interdisciplinaire	• En oncologie, informelle • Hémato-oncologue trois - quatre jours/semaine • Enseignement fait par l'infirmière et le pharmacien • Nutritionniste	• Manque de ressources en diététique pour suivi lors des thérapies • Manque de ressources en service social • Manque de ressources en pharmacie : augmentation du temps de préparation des médicaments
Lieu d'administration :		
• Clinique externe • Unité spécialisée	• Clinique externe avec local exclusif à cette clientèle cinq jours/semaine • Chimiothérapie palliative administrée à l'unité de soins par les infirmières de la clinique externe ou ces dernières supportent les infirmières de l'unité. • Si perfusion continue, le client est transporté à la clinique externe.	• Accès veineux central : formation des infirmières CLSC à poursuivre • Espace restreint pour l'administration de chimiothérapie. Peu de confidentialité
Unité spécialisée hémato-oncologie/médecine de jour		Non

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **CENTRE HOSPITALIER LAURENTIEN**

Chimiothérapie curative et palliative (suite)

	Accessibilité	Particularités
Traitements conjoints		
• Arédia	Première dose administrée clinique externe puis référence au CLSC à la clinique ambulatoire.	
• Zométa	Non	En attente d'inscription au formulaire des médicaments assurés par la RAMQ
• Neupogen	Oui	
• Transfusions	Oui	
• Autres		
Clinique de la douleur		• Pas d'anesthésiste • Référé HDSJ
Clinicienne	Oui	
Pharmacien en oncologie		
Chimiothérapie à domicile	• Retrait de perfusion de chimiothérapie par les infirmières du CLSC. • Autres protocoles en développement	

Commentaires :

- Équipe d'hémato-oncologues (trois) restreinte pour la région des Laurentides. Un hémato-oncologue prend sa retraite à l'automne 2002.
- Manque de médecin de famille à qui faire les références lors du congé en spécialité.
- Dès la chimiothérapie terminée, faire les références à l'équipe de soins palliatifs.
- Trois omnipraticiens sont en formation sous la responsabilité du Dr Pretty.
- Le spécialiste voit le patient au premier rendez-vous, puis l'omnipraticien assure le suivi sous la supervision du spécialiste.
- Réflexion en cours quant au recrutement de spécialistes ou de se joindre à l'équipe de l'HDSJ.

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **CENTRE HOSPITALIER LAURENTIEN**

Hébergement/transport

	Accessibilité	Particularités
Services bénévoles		
Hôtellerie		
Autres	Ambulance et transport adapté au frais de l'établissement	
Commentaires :		

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **CENTRE HOSPITALIER LAURENTIEN**

Pharmacie

	Accessibilité	Particularités
Pharmacien oncologie	• Oui. Si absent, n'est pas remplacé. • Décentralisation d'un poste de pharmacie sur l'étage • Supporte le personnel soignant • Enseignement à la clientèle • Trousse de narcotiques pour le CLSC entreposée à l'hôpital, par sécurité. L'infirmière de garde passe la cueillir au besoin.	
Médicaments fournis par le centre hospitalier	Fournit par l'hôpital si congé temporaire.	Aucun médicament fourni lors du congé définitif de l'hôpital.
Partage des coûts des médicaments		Certains médicaments prescrits peuvent ne pas être couverts selon la particularité de santé
Implication des pharmaciens communautaires	Pharmacien de l'hôpital contacte le pharmacien du patient : médicaments aux frais du patient	
Service de garde en pharmacie		

Commentaires :

- Aménagement d'une hotte pour préparation des médicaments à la clinique externe en février 2002.
- Les coûts de pharmacie ont un impact majeur sur le budget de l'hôpital.
- Réduire les risques d'erreurs de médicaments en lien avec des changements de prescription de dernière minute. Renforcement et éducation à faire aux intervenants.

ADAPTATION/RÉADAPTATION	CENTRE HOSPITALIER LAURENTIEN	
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités**
Ergothérapie	Oui, clientèle prioritaire	
Physiothérapie	Oui, clientèle prioritaire. Évaluation des risques et des chutes.	
Soutien psychologique	Équipe interdisciplinaire	
Convalescence		Pas de ressource
Prêts d'équipements	• Oui par le CLSC • Lit d'hôpital : la famille assure le transport	
Organismes communautaires/bénévoles	Oasis cancer (St-Jovite)	Pas de bénévole à l'hôpital
Commentaires :		

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS **Mécanismes de liaison CH-CLSC**		CENTRE HOSPITALIER LAURENTIEN
	Accessibilité	**Particularités**
Clientèle admissible	Retour à domicile favorisé	• Client revient à l'hôpital pour «mourir». • Volonté de mourir à domicile présente, sauf manque de ressources pour le support de la famille : gardiennage, équipement psychologique.
Présence d'une infirmière de liaison en oncologie	Oui	
Présence d'une infirmière de liaison en soins palliatifs	• Oui, clinicienne • Consultation à l'urgence	
Semaine	Oui	
Fin de semaine	Non	
Garde infirmière	Non	
Garde médicale	En soins palliatifs : équipe de huit médecins	Vacation de 50 heures/semaine
Mode de communication CH-CLSC		
Semaine	Plus facile si médecin du CLSC prend en charge le patient.	Pas de médecin à tous les points de services du CLSC des Trois-Vallées
Fin de semaine	Peu accessible la fin de semaine	
Commentaires : - Lit de «stabilité» : libération d'un lit au besoin pour hospitalisation d'urgence. - Lit de répit ne répond pas aux besoins de la clientèle et de la famille.		

SOINS PALLIATIFS		CENTRE HOSPITALIER LAURENTIEN
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités**
Mécanismes de liaison/cheminement de la demande	• Provenance du domicile et de la clinique externe • Formulaire de consultation • Référence à trois intervenants : soins palliatifs, travailleuse sociale, et nutritionniste	
Unité spécialisée	• Favorise le regroupement sur une unité particulière. • Bureau médical sur l'unité	• Clientèle répartie sur unité de médecine. • Lieu physique non adéquat : manque d'espace
Clientèle admissible	Sans traitement actif	
Suivi médical pour la clientèle à domicile		
Traitement de la douleur	Dans le cadre d'un suivi global	
Suivi de deuil et soutien à la famille	Pallia-Vie de façon exceptionnelle pour secteur Sud.	• Pas de ressource • Pas de bénévole • Pas de groupe de support
Personne ressource		
Équipe interdisciplinaire	Depuis mai 2001, rencontre 1 fois par semaine	
• Médecin	• Oui, équipe de huit médecins • Rencontre médecin, infirmier., pharmacien chaque lundi	
• Infirmière clinicienne	Oui, prend un rapport quotidien des patients	
• Pharmacien	Oui, deux fois/semaine	Selon l'Ordre des pharmaciens, manque un pharmacien en soins palliatifs
• Ergothérapie		
• Physiothérapie		
• Soutien psychologique	Psychologue une demi-journée/semaine	
• Nutrition	Oui, sur demande	
• Pastorale	• Assurée pour les soins palliatifs par agent de pastorale • Lien avec les différentes religions	
• Bénévoles		Pas de ressource à l'hôpital.
Soins infirmiers	Oui	
Organismes communautaires/bénévoles		
Soutien au personnel soignant	Par l'infirmière clinicienne et psychologue.	
Formation continue/mise à jour :	Par l'infirmière clinicienne.	
• Médicale	HDSJ une fois/mois	
• Nursing	• Oui, formation ponctuelle ainsi qu'au personnel du CLSC • Début de relève pour l'infirmière clinicienne (quelques remplaçantes) • Infirmière clinicienne : assiste à des congrès, colloque, formation continue à l'établissement régional une fois/mois.	Formation structurée à venir
• Autres		
Outils cliniques	Feuille de références	

Commentaires :

- Intérêt des médecins à offrir un service externe en soins palliatifs sous une appellation différente. Les médecins veulent élargir leur rôle et offrir un service plus hâtif, combler la zone grise à partir du moment des traitements, sous une base externe. Démystifier les soins palliatifs. Recherche d'un nom d'équipe représentatif sans susciter trop de craintes chez le patient.
- Médecin disponible à répondre aux demandes du CLSC.
- Ressource pour la clientèle plus jeune (- 60 ans) qui n'a pas de réseau familial à développer puisqu'elle est hospitalisée en soins prolongés.
- Les intervenants ne souhaitent pas une unité spécialisée en soins palliatifs.

7.3.4 CENTRE HOSPITALIER ST-EUSTACHE

Date de la rencontre : 18 janvier 2002

Étaient présents :

M^me^ Manon Desjardins	chef services de réadaptation et services sociaux
M^me^ Ghislaine Tessier, responsable	directrice des soins infirmiers
D^r^ Germain Trempe	hémato-oncologue et chef département laboratoire

ACTIVITÉS D'INVESTIGATION ET DE DIAGNOSTIQUES — CENTRE HOSPITALIER ST-EUSTACHE

Services offerts	Corridors de services	Accessibilité	Particularités
Radiologie Mammographie		• Oui , délai rapide • Centre de références désigné pour l'investigation du cancer du sein	• Ajout d'une infirmière pour assurer le support et le suivi de la clientèle du CRID • Médecin prend les rendez-vous pour les consultations en oncologie
Échographie		• Oui, aucun délai pour les patients hospitalisés • Pour les patients externes : délai d'attente variable selon évaluation médicale	
Endoscopie	Bronchoscopies HSC, priorité : délai une semaine	Digestives et urologiques	Équipe de pneumologues de HSC
Laboratoire	HSC, CSL	• Bilan de base • Réception des résultats 24 heures	Certaines analyses spécialisées
Pathologie		Oui	Standardisation des procédures des spécimens faite
Résonance magnétique	HSC, CSL, CHUM-SL		Médecin doit contacter le spécialiste pour obtenir rendez-vous dans un délai acceptable.
Médecine nucléaire	• Corridor formel HDSJ : délai deux mois • Corridor informel HSC : délai une semaine	Délai rapide pour les patients hospitalisés	
Tomodensitométrie		• Oui, aucun délai pour les patients hospitalisés • Pour les patients en externes : délai d'attente selon priorité médicale	
Autres			

Commentaires :

- Un projet de résonance magnétique à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme a été déposé en avril 1999. Les derniers budgets de fonctionnement et d'immobilisation ont été accordés en janvier 2002. Ce service régional pourrait être accessible à la fin de l'an 2002.

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **CENTRE HOSPITALIER ST-EUSTACHE**

Chirurgie et suivi post chirurgical curatif et palliatif

	Corridors de services	Accessibilité	Particularités (délai)
			Toutes chirurgies traitées en priorité et ont un impact sur les délais des autres clientèles.
Générale		Oui	
Orthopédique		Oui	
Sein		Oui, simples	
Thoracique	HSC		
Urologique	CSL		Suivi post-opératoire assuré par l'établissement receveur ou médecin référant.
Gastrique			
Intestinale			
Gynécologique	CHUM-ND	Oui mais quelques cas optent pour CHUM-ND	Suivi postopératoire assuré par l'établissement receveur.
ORL			
Neuro-chirurgie			

Commentaires :

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **CENTRE HOSPITALIER ST-EUSTACHE**

Radiothérapie curative et palliative

	Corridors de services	Accessibilité	Particularités
	HMR, CHRTR		• Évaluation initiale rapide et début des traitements variant ± deux mois • Si urgence ± une semaine

Commentaires :

- Projet d'un centre de radiothérapie à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme. Dossier déposé au Ministère en octobre 1999.
- Ajustement des heures de rendez-vous afin de faciliter le transport.

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **CENTRE HOSPITALIER ST-EUSTACHE**

Chimiothérapie curative et palliative

	Accessibilité	Particularités
Types de chimiothérapie	Non	
Support au client et à la famille		
Équipe multidisciplinaire		
Lieu d'administration :		
Clinique Externe		
Unité spécialisée hémato-oncologie/médecine d'un jour		• Non accessible • Cas de chirurgies oncologiques admis sur unité de chirurgie générale
Traitements conjoints		
• Arédia	Administré au CLSC du territoire	
• Zométa		
• Neupogen		
• Transfusions	Administrée en médecine d'un jour	
• Autres		
Clinique de la douleur	Consultation des cliniques de Montréal et application des traitements localement	• Clinique de la douleur fermée depuis 1½ an par manque d'anesthésiste • Anesthésiste itinérant
Clinicienne	Oui	
Chimiothérapie à domicile		

Commentaires :

- Il n'y a pas d'administration de chimiothérapie parce qu'il n'y a pas de ressource médicale ni spécialisée disponible.
- La majorité de la clientèle est référée à l'Hôpital Sacré-Coeur, quelques autres à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme.

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS **Hébergement/transport**		CENTRE HOSPITALIER ST-EUSTACHE
	Accessibilité	**Particularités**
Services bénévoles	Secteur Deux-Montagnes et St-Eustache : Transport Deux-Montagnes : ±20 $/transport	Secteur Ste-Thérèse : pas de service
Hôtellerie		Peu utilisée par la clientèle allant à Montréal
Autres		
Commentaires :		

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS **Pharmacie**		CENTRE HOSPITALIER ST-EUSTACHE
	Accessibilité	**Particularités**
Pharmacien oncologie	Pas spécialisé en oncologie, pharmacien clinique	
Médicaments fournis par centre hospitalier	Selon évaluation du patient	
Soins de plaies	Traitements spécialisés fournis	
Autres		• Pour les stomisés : référer à la Société canadienne du cancer • Prothèses : RAMQ
Partage des coûts		
Mode de communication avec le médecin traitant		
Implication des pharmaciens communautaires		• Pas d'officine sur le territoire • Disponibilité des pharmaciens à la préparation des traitements anti-néoplasiques si financement gouvernemental pour équipement
Service de garde en pharmacie		
Commentaires :		

ADAPTATION / RÉADAPTATION		CENTRE HOSPITALIER ST-EUSTACHE
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités**
Ergothérapie	Accessible pour les hospitalisés Évaluation pour réadaptation fonctionnelle et technique : délai rapide	Service externe seulement en chirurgie de la main
Physiothérapie	Accessible pour les patients hospitalisés	• Service externe en post-chirurgie orthopédique accessible • Autres cas externes, délai très long
Convalescence	Lits de convalescence du bassin sud gérés par les CLSC et lits à l'Hôpital Marie-Clarac	Le manque de lits de convalescence dans le bassin sud a un impact sur la durée de séjour au Centre hospitalier St-Eustache
Soutien psychologique	Psychologue accessible	Support psychosocial offert par le service social à la clientèle hospitalisée. Travailleuse sociale particulièrement dédiée au CRID et à la clientèle hospitalisée avec chirurgie du sein.
Prêts d'équipements	Au CLSC selon disponibilité	
Organismes communautaires/bénévoles		
Orthophonie	Seule la clientèle adulte hospitalisée reçoit un service en orthophonie (cas de neurologie)	2.5 jours/semaine pour patients hospitalisés seulement
Commentaires :		

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS **Mécanismes de liaison CH-CLSC**		CENTRE HOSPITALIER ST-EUSTACHE
	Accessibilité	Particularités
Clientèle admissible		
Présence d'une infirmière de liaison en oncologie	Non	
Présence d'une infirmière de liaison en soins palliatifs.	Non	
Semaine	Liaison toutes clientèles	Jour 8 h à 16 h
Fin de semaine	Liaison toutes clientèles	Jour 8 h à 16 h
Garde infirmière		
Garde médicale		
Mode de communication CH-CLSC		
Semaine	Télécopieur	• Clientèle peut laisser un message dans la boîte vocale du médecin et celui-ci le rappelle. • Pas de contact entre l'infirmière de liaison et le médecin demandé Liaison avec les CLSC de Montréal plus difficile
Fin de semaine	Référence par l'info-Santé	

Commentaires :

- Les patients rappellent souvent l'infirmière de l'unité pour des questions de santé.
- Accès aux dossiers antérieurs facilité par la numérisation des dossiers.

SOINS PALLIATIFS		CENTRE HOSPITALIER ST-EUSTACHE
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités**
Mécanismes de liaison/cheminement de la demande		Presque tous les cas de cancer sont référés mais parfois refusés par manque de ressources infirmières, auxiliaires familiales et d'équipements
Unité spécialisée	Non	• Corridor informel avec le centre hospitalier Notre-Dame-de-la-Merci à Montréal • Favorise de «mourir» à domicile avec le support du CLSC.
Clientèle admissible	Tous les cas de cancer	
Suivi médical pour la clientèle à domicile		Quelques médecins traitants font le suivi à domicile sans le suivi du CLSC.
Traitement de la douleur		
Suivi de deuil et soutien à la famille	Pour la clientèle hospitalisée, soutien offert par les intervenants du service social	
Personne ressource		
Équipe interdisciplinaire :		Pas spécialisée en oncologie
• Médecin		
• Infirmière clinicienne		
• Pharmacien		
• Ergothérapie		
• Physiothérapie		
• Soutien psychologique	• Psychologue accessible • Travailleuse sociale rencontre tous les patients en oncologie référés par le médecin traitant.	• Support psychosocial offert par le service social à la clientèle hospitalisée. • Travailleuse sociale particulièrement dédiée au CRID et à la clientèle hospitalisée avec chirurgie du sein
• Nutrition	Oui, mais pas spécialisée en oncologie	
• Pastorale		
• Bénévoles		
Soins infirmiers		
Organismes communautaires/bénévoles	• SERCAN • Pallia-Vie	
Soutien au personnel soignant		
Formation continue/mise à jour :		
• Médicale		Midis conférences organisées par l' Ordre des oncologues
• Nursing		
• Autres		
Outils cliniques		

Commentaires :

- Il est recommandé qu'une ressource indépendante avec une équipe spécialisée en soins palliatifs soit accessible.
- Les gestionnaires évaluent trois types de ressources nécessaires : en CLSC, en CHSLD et en CH selon l'état de santé de la clientèle.
- Les gestionnaires se questionnent quant au lieu adéquat pour l'accessibilité de lits en soins palliatifs. L'environnement de l'hôpital n'est pas nécessaire. Ils proposent l'augmentation des ressources en CLSC pour le support et les besoins de base et le développement des lits en CHSLD, dans un milieu paisible et où des ressources professionnelles intensives sont disponibles.
- Le CHSLD Drapeau Deschambault, situé sur le territoire de Ste-Thérèse, a déposé un plan fonctionnel et technique pour une nouvelle construction de cent-huit (108) lits de longue durée dans la ville de Blainville. Un projet d'ajouter à cette bâtisse une annexe de quinze lits sous forme de *Maison de soins palliatifs* a été présenté à la Régie régionale. Les frais de cette construction seraient comblés par la contribution de la Fondation de l'établissement et de l'implication de la communauté. Des organismes communautaires organiseront des levées de fonds pour un objectif de un million de dollars (1 000 000 $).

7.3.5 CLSC – Hôpital d'Argenteuil

Date de la rencontre :	25 janvier 2002
Étaient présents :	
Mme Ginette Couture	chef d'unité de courte durée, soins palliatifs
M. Stéphane Gagnon	pharmacien
Mme Dominique Lupien	assistante infirmière-chef soins à domicile CLSC
Mme Giselaine Mainville	chef de programme soins infirmiers, bloc opératoire, service ambulatoire et médecine de jour
Mme Lise Massicotte, responsable	chef programme soins à domicile et responsable des soins infirmiers CLSC
Mme Joy McDonald	infirmière soins à domicile CLSC
Mme Jocelyne Paquette, responsable	directrice des soins infirmiers
Mme Céline Richer	infirmière cliniques externes oncologie
Mme Monique Thérien	assistante infirmière-chef services courants et Info-Santé CLSC

Mission Hôpital

ACTIVITÉS D'INVESTIGATION ET DE DIAGNOSTIQUES		Mission Hôpital d'Argenteuil	
Services offerts	**Corridors de services**	**Accessibilité**	**Particularités**
Radiologie		Oui	
Échographie	HDSJ, CHSE, HSC	Délai urgent, rapide	
Endoscopie		Oui	
Laboratoire	CHSE	Oui	
Pathologie	HDSJ	Deux transports par jour	
Résonance magnétique	HSC	Délai urgent ± une semaine	
Médecine nucléaire	HDSJ	Délai d'une à deux semaines	
Tomodensitométrie	Oui		
Autres			

Commentaires :

- Un projet de résonance magnétique à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme a été déposé en avril 1999. Les derniers budgets de fonctionnement et d'immobilisation ont été accordés en janvier 2002. Ce projet régional pourrait être accessible à la fin de l'an 2002.
- Un projet de tomodensitomètre a été déposé au Ministère en juin 2000. En attente de décision

ACTIVITÉS D'INVESTIGATION ET DE DIAGNOSTIQUES — **MISSION HÔPITAL D'ARGENTEUIL**

Chirurgie et suivi post chirurgical curatif et palliatif

	Corridors de services	Accessibilité	Particularités (délai)
Générale		Oui	
Orthopédique			
Sein			
Thoracique	HDSJ		
Urologique		Simples	
Gastrique			
Intestinale			
Gynécologique		Simples	
ORL			
Neurologie	L'Institut neurologique de Montréal		

Commentaires :

Peu ou pas de délai.

ACTIVITÉS D'INVESTIGATION ET DE DIAGNOSTIQUES — **MISSION HÔPITAL D'ARGENTEUIL**

Radiothérapie curative et palliative

	Corridors de services	Accessibilité	Particularités
	Montréal		Médecin contact un centre receveur pour un accès plus rapide.

Commentaires :

Projet d'un centre de radiothérapie à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme. Dossier déposé au Ministère en octobre 1999.

ACTIVITÉS D'INVESTIGATION ET DE DIAGNOSTIQUES — **MISSION HÔPITAL D'ARGENTEUIL**

Chimiothérapie curative et palliative

	Accessibilité	Particularités
Types de chimiothérapie	Thérapies simples	
Support au patient et à la famille		
Équipe interdisciplinaire	• Hémato-oncologue • Infirmière • Pharmacien : rencontre systématique des patients pour enseignement	
Lieu d'administration		
• Cliniques externes	• En pneumologie, induction de l'investigation avant le premier rendez-vous avec l'hémato-oncologue afin de réduire les délais pour le diagnostic. • Le médecin de famille contacte l'infirmière pour suivi avec hémato-oncologue.	• Utilise les bureaux de consultation : peu adaptés au confort du patient • Pas de local spécifique
• Unité spécialisée hémato-oncologie / médecine de jour		Présence d'une unité de médecine de jour
Traitements conjoints		
• Arédia	Administré en médecine de jour	
• Zométa		À venir
• Transfusions	Administrées en médecine de jour	
• Autres		
Clinique de la douleur		Pas de ressource
Clinicienne		
Chimiothérapie à domicile		

Commentaires :

- Outil de travail : le patient a une feuille de route qui l'informe des examens subis et de ses traitements.
- Pas d'hémato-oncologue (2.5 équivalent temps plein disponibles) depuis janvier 2002, consultation téléphonique du médecin traitant vers les spécialistes de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme.

ACTIVITÉS D'INVESTIGATION ET DE DIAGNOSTIQUES — **MISSION HÔPITAL D'ARGENTEUIL**

Hébergement/transport

	Accessibilité	Particularités
Services bénévoles	Solidarité Argenteuil	
Hôtellerie		
Autres		

Commentaires :

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **MISSION HÔPITAL D'ARGENTEUIL**

Pharmacie

	Accessibilité	Particularités
Pharmacien oncologie	• Oui, rôle élargi pour le dosage des médicaments et traitements anti-douleur • Assure garde en pharmacie	
Médicaments fournis par le centre hospitalier		
Partage des coûts	Assuré par le centre hospitalier si hospitalisé	• Assumés par le client pour les médicaments administrés au CLSC ex : Arédia • Certains médicaments modifiés afin de réduire les coûts • Si assurance privée : client doit défrayer les frais élevés ++ puis demander remboursement
Mode de communication avec le médecin traitant	Implication du médecin traitant	
Implication des pharmaciens communautaires	• Pharmacie Gosselin à St-Jérôme, modification de l'inventaire • Partenariat avec le pharmacien du centre hospitalier	

Commentaires :

ADAPTATION/RÉADAPTATION — **MISSION HÔPITAL D'ARGENTEUIL**

Services offerts	Accessibilité	Particularités
Ergothérapie	Oui, positionnement	
Physiothérapie	Oui	
Soutien psychologique	• Évaluation systématique par la travailleuse sociale • Rencontre systématique des clients à l'admission	
Convalescence		Pas de ressource
Prêts d'équipements	• Supporte le CLSC pour certains équipements • Location pour équipements spécialisés pour clients hospitalisés ex :matelas spécialisé	
Organismes communautaires/bénévoles		
Pastorale		

Commentaires :

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS	MISSION HÔPITAL D'ARGENTEUIL
Mécanismes de liaison CH-CLSC	

	Accessibilité	Particularités
Clientèle admissible		
Présence d'une infirmière de liaison en oncologie	Non	
Présence d'une infirmière de liaison en soins palliatifs	Non	
Semaine		Assistante infirmière-chef
Fin de semaine		Assistante infirmière-chef
Garde médicale		Médecin de famille pas accessible
Mode de communication CH-CLSC		
Semaine	• Fiche de liaison • Demande de services	Parfois incomplète
Fin de semaine		

Commentaires :

- Info-Santé assuré par le personnel du CLSC la fin de semaine entre 8 et 16 heures puis bascule vers centrale à Ste-Thérèse. Les délais de réponse sont assurés. Le volume de la clientèle permet à cette même infirmière de prodiguer des soins à des patients ambulants.
- Lorsque l'infirmière a besoin de contacter le médecin et qu'il est non disponible, elle retourne le patient à l'urgence.
- L'infirmière de la clinique externe en oncologie est toujours disponible, lors des heures ouvrables, pour répondre aux questions des patients.

SOINS PALLIATIFS	MISSION HÔPITAL D'ARGENTEUIL

Services offerts	Accessibilité	Particularités
Mécanismes de liaison/cheminement de la demande	Feuille de route complétée par le médecin et l'infirmière	• Processus de pré-admission pour contrôle de la douleur. • Provenance de l'urgence : L'assistante infirmière-chef (AIC)contacte l'AIC de l'unité court séjour pour admission directe. • Provenance du domicile : l'infirmière ou un proche contacte l'AIC de l'unité courte durée pour admission directe. Les délais de réadmission sont tributaires de la disponibilité de lits. Les efforts nécessaires sont alors déployés.
Unité spécialisée	• Quatre lits • Consultations reçues pour toute la clientèle du centre hospitalier.	• Un à deux décès à domicile par année • Durée moyenne de séjour augmentée Patients peuvent être hospitalisés temporairement pour soulagement de la douleur ou en fin de vie pour mourir à l'hôpital.
Unité spécialisée	6 lits en courte durée (une seule unité de soins à cet hôpital)	• Quatre chambres privées • Une chambre semi-privée • Lit pour la famille disponible
Clientèle admissible	Phase terminale ou traitement curatif	
Suivi médical pour la clientèle à domicile		Admission en provenance de l'urgence
Traitement de la douleur		
Suivi de deuil et soutien à la famille		Pas de ressource
Personne ressource	Infirmière, assure les soins globaux	

SOINS PALLIATIFS (suite)		MISSION HÔPITAL D'ARGENTEUIL
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités**
Équipe interdisciplinaire :	Informelle	Réflexion en cours pour ré-instaurer des rencontres d'équipe formelles.
• Médecin		
• Infirmière clinicienne	Oui, surtout impliquée aux soins de plaies	
• Pharmacien	Rencontre systématique des clients à l'admission	
• Ergothérapie		
• Physiothérapie		
• Soutien psychologique		
• Nutrition	• Deux jours semaine • Rencontre systématique des clients à l'admission	
• Pastorale		
• Bénévoles		
Soins infirmiers		
Organismes communautaires/bénévoles		
Soutien au personnel soignant	Infirmière de la clinique externe de psychiatrie disponible	Évaluation systématique par la travailleuse sociale
Formation continue/mise à jour :		
• Médicale	Peu	Formation en soins palliatifs à organiser
• Nursing		Favorisée
• Autres		
Outils cliniques		
Commentaires : Intérêt à développer un programme de soins palliatifs ayant pour objectif la continuité des services tout au long du continuum de soins.		

MISSION CLSC

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS **Mécanismes de liaison CH-CLSC**		MISSION CLSC D'ARGENTEUIL
	Accessibilité	**Particularités**
Clientèle admissible		
Présence d'une infirmière		Infirmière de l'unité appelle infirmière de la clinique ambulatoire ou du soutien à domicile.
Semaine	Présence d'une infirmière à l'accueil soins à domicile et à la clinique ambulatoire de 8 h 30 à 16 h 30	La réception des références au CLSC venant de certains établissements est plus facile la semaine lorsqu'il y a une infirmière de liaison.
Fin de semaine	Présence d'une infirmière à l'info-Santé de 8 h 30 à 16 h 30	Médecin du CLSC disponible pour ses cas (présence d'un seul médecin, deux ont quitté)
Garde infirmière	Oui	
Garde médicale		
Mode de communication avec médecin traitant	Fiche de liaison	
Semaine		
Fin de semaine		
Commentaires :		

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS **Services offerts**		MISSION CLSC D'ARGENTEUIL
	Accessibilité	**Particularités (délai)**
Soins infirmiers		
Soins infirmiers post chirurgie	Oui	Aucun
Administration de traitements		
• Chimiothérapie à domicile	• Oui, Méthotrexate injection • Retrait de perfusion	
• Arédia		Non accessible
• Zométa		À venir
• Transfusions sanguines		Non accessible
• Autres		
Commentaires :		

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS **Pharmacie**		MISSION CLSC D'ARGENTEUIL
	Accessibilité	**Particularités**
Médicaments fournis par le CLSC	Aucun, client doit assumer les frais.	Difficulté à se procurer des narcotiques en dehors des heures normales d'ouverture des pharmacies.
• Soins de plaies	De base	
• Héparine		Non
• Solutés/tubulures		Non
• Autres		Pansements spécialisés non fournis
Partage des coûts		• Aux frais du patient • Groupe d'entraide
Commentaires : Prescription de médicaments d'exception : délai d'une semaine ou plus pour la réception de l'évaluation par télécopieur.		

ADAPTATION/RÉADAPTATION		MISSION CLSC D'ARGENTEUIL
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités (délais)**
Ergothérapie	• Pas de liste d'attente depuis septembre 2001 • Ressources suffisantes	Priorité, délai 1 semaine
Physiothérapie	Oui	Priorité
Soutien psychosocial	Oui	Pas de délai
Aide à domicile	• Gardiennage défrayé par le programme chèque emploi-service : budget répond aux besoins. • Auxiliaires familiales toujours budget régulier	• Priorité soins intensifs soins à domicile (SISAD) • Manque de ressources humaines pour chèque emploi-service
Prêts d'équipements		• Priorité • Frais de location varient selon équipement, maximum 30$ • Lit électrique 125 $ incluant le transport
Organismes communautaires/bénévoles		Non accessible
Inhalothérapie	• Équipements et ressources humaines suffisants • Services bien organisés	Priorité
Nutritionniste	Deux jours semaine; tube de jéjunostomie, diète spéciale, etc....	Priorité
Commentaires :		

ADAPTATION/RÉADAPTATION **Hébergement/transport**		MISSION CLSC D'ARGENTEUIL
	Accessibilité	**Particularités**
Services bénévoles	Solidarité Argenteuil : deux bénévoles font de l'accompagnement.	Transport Lachute – Montréal ± 50 $
Hôtellerie	• Lit de répit Seigneurie d'Argenteuil • Durée de 4 semaines max. renouvelable	• Famille préfère rester à domicile. • Augmentation des frais à 50 $ par jour
Autres		• Pas de lit de convalescence • Frais de transport par ambulance pour les personnes âgées de moins de 65 ans
Commentaires :		

SOINS PALLIATIFS		MISSION CLSC D'ARGENTEUIL
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités**
Mécanisme de liaison / cheminement de la demande	• Références reçues par l'infirmière. • Accueil par télécopieur	
Possibilité de mourir à domicile	Oui	
Suivi médical à domicile	• Un médecin à 2.5 jours semaine • Implication en soins palliatifs	Manque moins deux médecins
Garde médicale		• Lors de la fin de vie, le médecin suit ses patients. • Manque médecin
Soins infirmiers	Oui	
Garde en soins infirmiers	Oui	Via Info-Santé
Suivi psychosocial	• Psychologue consultation au besoin • Ligne téléphonique aux aidants naturels 1 heure/semaine • Groupe d'aidants naturels avec rencontre 1 fois semaine animée par travailleuse sociale ou infirmière soins à domicile depuis décembre 2001	
Traitement de la douleur	• ± contrôle de la douleur • Approche thérapeutique à développer	Difficulté à rejoindre le médecin
Suivi de deuil et soutien à la famille	• Groupe aidants naturels avec rencontre une fois/mois animée par la travailleuse sociale ou l'infirmière • CLSC organise le transport et le gardiennage pendant l'absence.	• Informel • Service d'écoute téléphonique une heure semaine
Organismes bénévoles		
Équipe interdisciplinaire	Oui, mais pas spécialisée en oncologie	
• Médecin		
• Infirmière		
• Ergothérapie		
• Physiothérapie		
• Intervenant psychosocial		
• Nutrition		
• Autres	Pallia-Vie pourrait offrir certains services.	
Soutien au personnel soignant	Psychologue disponible pour l'équipe	
Formation continue / mise à jour		Pas informés sur la tenue de formations sur le territoire
• Médicale		
• Nursing	• Favorisé • Deux infirmières participent actuellement à une formation clinique plus poussée par le biais d'un projet régional de planification/promotion de la main-d'oeuvre infirmière pour les sept CLSC des Laurentides	
• Autres		

SOINS PALLIATIFS		MISSION CLSC D'ARGENTEUIL
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités**
• Outils cliniques	Pochette au chevet Feuille de suivi de plaies	• Travaux en cours : bottin de ressources • Nouvelle fiche de liaison (trois copies) afin d'avoir l'information au chevet et dans le dossier
• Gestionnaire de cas	Infirmière	
• Médicaments		
• Partage des coûts des médicaments		
• Implication du pharmacien communautaire	Prescription originale exigée pour la préparation d'ordonnance de narcotiques : télécopie non acceptée même si le médecin appelle.	
• Accès aux médicaments contre la douleur		• Démarches excessives pour l'infirmière afin d'obtenir prescription : nécessité de prévoir le besoin, protocole de soulagement de la douleur, équipe de soins palliatifs sensibilisée aux besoins de la personne atteinte de cancer. • Une pharmacie est ciblée pour développer un partenariat.
Commentaires :. Pas d'infirmière clinicienne, mais le regroupement du CH avec le CLSC amène celle du CH à élargir son rôle au CLSC.		

7.3.6 HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME

Date de la rencontre : 4 février 2002

Étaient présents :

Mme Diane Aubin	infirmière oncologie soins palliatifs
Mme Lucie Dauphin, responsable	directrice générale
Dr Claude De Bellefeuille	chef de département laboratoire
M. Normand Girard	directeur des soins infirmiers
Dr Michel Heynes	hémato-oncologue
Mme Sylvie Legault	adjointe au directeur des services professionnels et hospitaliers
Dr Jean-François Rouleau	médecin soins palliatifs
M. Richard Vallière	chef de département de pharmacie

ACTIVITÉS D'INVESTIGATION ET DE DIAGNOSTIQUES — **HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME**

Services offerts	Corridors de services	Accessibilité	Particularités
Radiologie		Oui	
Échographie	Gastro-entérologie CHUM St - Luc : ressource pour ERCP (examen du pancréas)	Oui	Médecins HDSJ utiiisent peu les équipements d'endoscopie
Endoscopie		Oui	
Laboratoire	Génétique CHUM-ND, HMR	Oui	
Pathologie		Oui	
Résonance magnétique	HDM, HSC	Non, sera plus utilisée lorsque disponible dans la région	• Délai de deux à trois mois sauf si urgence : médecin contacte l'établissement receveur. • Si patient hospitalisé : délai un peu plus court.
Médecine nucléaire		Oui	
Tomodensitométrie		Oui	Diminution de la liste d'attente depuis l'ouverture de ce service au CHL
Autres			

Commentaires :

Un projet de résonance magnétique à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme a été déposé en avril 1999. Les derniers budgets de fonctionnement et d'immobilisation ont été accordés en janvier 2002. Ce service régional pourrait être accessible à la fin de l'an 2002.

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME**

Chirurgie et suivi post chirurgical curatif et palliatif

	Corridors de services	Accessibilité	Particularités (délais)
Générale		Oui	
Orthopédique		Oui	Chirurgies vertébrales et osseuses
Sein		Oui	
Thoracique		Oui	Chirurgie pour cancer pulmonaire et thoracique
Urologique		Oui	
Gastrique		Oui	
Intestinale		Oui	
Gynécologique	CHUM-ND		Arrivée de quatre gynécologues :trois en juillet et un en décembre 2002
ORL		Oui	
Neurologie	L'Institut neurologique de Montréal	Non	

Commentaires :

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME**

Radiothérapie curative et palliative

	Corridors de services	Accessibilité	Particularités
	CHUM + HMR	Oui	Selon liste d'attente et degré d'urgence

Commentaires :

- Projet d'un centre de radiothérapie à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme. Dossier déposé au Ministère en octobre 1999.
- Aura un impact sur la rétention de la clientèle et le suivi post-opératoire hors territoire.

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME**

Chimiothérapie curative et palliative

	Accessibilité	Particularités
Types de chimiothérapie	• Types de chimiothérapie simples et complexes sauf greffes de moelle	
Support au client et à la famille	• Clinique externes: pochette d'information distribuée • Unité hémato oncologue : documentation, vidéo, bibliothèque • Rencontre avec le pharmacien pour tout nouveau patient • Psychologue : ressources insuffisantes amènent la sélection des consultations.	Besoin ajout d'une ressource psychologue
Équipe interdisciplinaire	• Équipe clinique externe: trois infirmières, trois médecins, un pharmacien et une assistante technique • Équipe unité oncologie : rencontre hebdomadaire; médecin, pharmacien, pastorale, psychologue, infirmière de Pallia-Vie, infirmière de la clinique externe, diététiste	

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS	HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME	
Chimiothérapie curative et palliative (suite)		
	Accessibilité	**Particularités**
Lieu d'administration :		
Cliniques externes	• Cliniques externes et unités de soins • Ouverture des nouveaux locaux à la clinique externe en juin 2001	
Unité spécialisée hémato-oncologie/médecine de jour	• Ouverture de l'hémato-oncologie en 1979 • 4 lits court séjour (court séjour et 8 lits hémato-oncologie (hémato oncologue) total de douze lits • taux d'occupation 2000-2001 : ➢ court séjour 90% ➢ hémato oncologue 86%	Diminution des traitements à l'étage pour référer les patients à la clinique d'hémato-oncologie.
Traitements conjoints :		
• Arédia	Oui	Administration via le CLSC favorisée
• Zométa	Oui	Administration via le CLSC favorisée
• Transfusions	Cliniques externes, à domicile et à l'unité de médecine d'un jour	
• Autres	Oncologie-pédiatrie assurée par les pédiatres.	Lien avec hémato-pédiatrie de l'hôpital Ste-Justine
Clinique de la douleur		Non, suivi de la douleur chronique seulement
Clinicienne	2.5 jours infirmière semaine	
Chimiothérapie à domicile	• Depuis décembre 2001 : thérapie de néoplasie gastrique sous perfusion continue (5Fu) • Processus à élaborer conjointement avec le pharmacien.	• Table de concertation HDSJ et trois CLSC du sud du territoire mise en place automne 2001 : intérêt à augmenter les traitements en externe. • Infirmières du CLSC visitent le centre hospitalier une fois/semaine.
Commentaires :		

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS	HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME	
Hébergement/transport		
	Accessibilité	**Particularités**
Services bénévoles		
Hôtellerie	Non	
Autres		
Commentaires :		

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME**

Pharmacie

	Accessibilité	Particularités
Pharmacien oncologie	• Oui, assure l'enseignement • Disponibilité d'une assistante clinique	• Pharmacien impliqué au regroupement des pharmaciens oncologie des établissements de santé • Guide de soins pharmaceutiques en oncologie utilisé au centre hospitalier
Médicaments fournis par le centre hospitalier	Fournis par le centre hospitalier si patient hospitalisé ou en externe.	Selon politique établie au département de pharmacie du centre hospitalier
Autres	5FU et traitements adjuvants :Éprex ou Érythropoïétine, Interféron, Neupogen	• Ces traitements sont fournis au patient et administré à domicile. • Prévoir l'harmonisation des traitements intraveineux et oraux en regard des soins pharmaceutiques à assurer.
Partage des coûts		• Le client assume les coûts des médicaments s'il n'est pas hospitalisé. • Politique du département de pharmacie disponible pour liste des médicaments fournis.
Implication des pharmaciens communautaires	• Une pharmacie s'implique à la préparation de la chimiothérapie. • Soins assurés avec secteurs communautaires par feuille sommaire pharmaceutique.	Prévoir le support au patient par les pharmaciens communautaires : soins pharmaceutiques.
Service de garde en pharmacie		

Commentaires :

- Prévoir l'élaboration d'un guide de pratiques en oncologie au niveau provincial.
- Harmonisation des pratiques et de l'accessibilité des traitements disponibles.

ADAPTATION / RÉADAPTATION — **HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME**

Services offerts	Accessibilité	Particularités
Ergothérapie	Ponctuelle, peu de disponibilité, exclusivement pour les patients hospitalisés	Délai pour prise de contact ± quatre jours
Physiothérapie	Ponctuelle, peu de disponibilité, exclusivement pour les patients hospitalisés	• Délai pour prise de contact ± quatre jours • Début des traitements ± dix jours
Convalescence		Non accessible
Prêt d'équipement		

Commentaires :

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME**

Mécanismes de liaison CH-CLSC

	Accessibilité	Particularités
Présence d'une infirmière de liaison en oncologie		• Pas de ressource • Besoin de coordination entre l'hôpital et le client à domicile. • Projet d'intervenant pivot soumis à la Régie et considéré essentiel par l'établissement.
Présence d'une infirmière de liaison en soins palliatifs	Non	
Semaine		Présence de deux infirmières de liaison pour l'ensemble de l'établissement
Fin de semaine	Non	
Garde médicale		Pas accessible mais intérêt à la développer.
Mode de communication CH-CLSC		
Semaine	Fiche de liaison, contact téléphonique	
Fin de semaine	Idem	

Commentaires :

- Référence plus ou moins facile selon l'établissement receveur.
- Le spécialiste suit le patient aussi longtemps qu'il est sous traitement.
- Intérêt marqué pour un projet d'intervenant pivot qui a été déposé au début des démarches de cet état de situation. L'établissement a les ressources professionnelles et matérielles mais pas les ressources financières.

SOINS PALLIATIFS		HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités**
Mécanismes de liaison/cheminement de la demande	Délai de consultation des médecins en soins palliatifs ± une semaine	
Unité spécialisée	• Quatre lits, taux d'occupation 2000-2001 157% • Lieux adaptés : cuisinette, fauteuil, accueil de la famille la nuit	Manque de fauteuils confortables pour le patient et la famille style Lazy-Boy et de lits pliants
Suivi médical pour la clientèle à domicile		Certains médecins suivent leurs patients à domicile.
Traitement de la douleur	Possibilité d'hospitalisation pour stabiliser la douleur	Équipe accompagne le patient et sa famille.
Suivi de deuil et soutien à la famille	Carte de sympathie	
Personne ressource		
Équipe interdisciplinaire :	Oui	
• Médecin	Oui	
• Infirmière clinicienne	Infirmière	
• Pharmacien	Oui	
• Ergothérapie	Oui, au besoin	
• Physiothérapie	Oui, au besoin	
• Soutien psychologique	• Psychologue à raison de quatre jours/semaine dédié aux soins palliatifs. • Rencontre une fois/mois avec infirmière de Pallia-Vie	
• Nutrition	Oui	
• Pastorale	Oui	
• Bénévoles	• Responsable de Pallia-Vie si patient suivi • Depuis un an, présence de huit bénévoles pour cette clientèle	
Soins infirmiers		
Organismes communautaires/bénévoles	Pallia-Vie	
Soutien au personnel soignant	• Rencontre psychologue aux 4 semaines • Soutien par les pairs	
Formation continue/mise à jour :		
• Médicale		
• Nursing	• 1 journée dispensée par les membres de l'équipe interdisciplinaire • Participation à des dîners-conférences, colloques, etc.	
• Autres	Formation régulière des bénévoles pour l'accompagnement	
Outils cliniques		

Commentaires :

- Deux projets de Maison de soins palliatifs ont été déposés à la Régie régionale.
- Intérêt à développer des services externes pour les clients en soins palliatifs.
- Établir une équipe interdisciplinaire structurée.
- Pas de ressource financière disponible pour le déploiement.

7.4 FICHES DES ÉTABLISSEMENTS : CLSC

7.4.1 CLSC ARTHUR-BUIES

Date de la rencontre :	15 janvier 2002
Étaient présents :	
M^me^ Hélène Bélisle	nutritionniste
M^me^ Johanne F. Bouvrette	responsable hébergement
M^me^ Suzanne Carignan	responsable auxiliaires familiales
D^r^ Richard Cartier	médecin
M^me^ Nathalie Chaumont	infirmière bachelière assistante au supérieur immédiat
M^me^ Marie-Claude Gadbois	travailleuse sociale
M^me^ Manon Trépanier, responsable	chef de programme soins à domicile
M^me^ Natacha Vanasse	inhalothérapeute

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS **Mécanismes de liaison CH-CLSC**		CLSC ARTHUR-BUIES
	Accessibilité	**Particularités**
Clientèle admissible		
Présence d'une infirmière		
Semaine	• Accueil soins à domicile : 8 h à 18 h • Accueil psychosocial : 8 h à 17 h	Demandes urgentes prises en charge en soirée jusqu'à 21 h par l'infirmière qui fait la route de soir : prend messages sur répondeur de l'accueil.
Fin de semaine	Accessible	Demandes urgentes prises en charge par l'infirmière qui fait la route et qui s'occupe de prendre les messages de l'accueil jusqu'à 21 h.
Garde infirmière	Clientèle soins à domicile ou 24/7	7 jours/7, 24 heures/24
Garde médicale	Clientèle connue par les médecins du CLSC (soins palliatifs)	

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS	CLSC ARTHUR-BUIES	
Mécanismes de liaison CH-CLSC		
	Accessibilité	**Particularités**
Mode de communication avec médecin traitant	Téléphone, télécopieur, fiche de liaison	Plusieurs problématiques, voir commentaires
Semaine	Pour les centres hospitaliers : • Tente de rejoindre oncologue ou médecin traitant directement. • Si incapable de rejoindre médecin, passe par infirmière de liaison du centre hospitalier quand disponible • Appel direct aux médecins des cliniques privées • Facile avec médecin du CLSC qui suit sa clientèle.	• Difficultés significatives de rejoindre le médecin • De plus en plus difficile de rejoindre l'infirmière de liaison car celle-ci n'a plus le temps de faire cette tâche. • Si absent ou impossibilité de rejoindre le médecin traitant , client doit être retourné à une clinique sans rendez-vous ou à l'urgence.
Fin de semaine	• Plus compliqué, si impossible de rejoindre médecin, retour à l'urgence. • Idem que semaine pour médecins de cliniques privées • Accessible si médecin du CLSC Arthur-Buies	
Commentaires : - Problématique avec l'infirmière de liaison de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme , car celle-ci ne possède pas de télécopieur dans son bureau. Cela amène une perte de temps quand l'infirmière de liaison a besoin de valider des informations et implique la nécessité de laisser des messages sur la boîte vocale à l'accueil Santé afin de confirmer la réception de la demande. Nous suggérons que les infirmières de liaison aient un portable et que les demandes soient envoyées directement aux départements par lotus notes. - Beaucoup de pertes de temps à rejoindre les médecins étant donné qu'il n'y a pas de mécanisme établi (anciennement infirmière de liaison le faisait mais de moins en moins maintenant.). Clientèle doit retourner à l'urgence ou attendre dans les cliniques faute d'avoir pu communiquer avec le médecin. - Pour clientèle connue et suivie par médecin du CLSC (ex. : soins palliatifs) va bien.		

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS		CLSC ARTHUR-BUIES
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités (délai)**
Soins infirmiers		
Soins infirmiers post-chirurgie	Clientèle résidant sur le territoire du CLSC Soins à domicile et clinique ambulatoire	• Moins de 24 heures : Priorité 1 • CLSC répond généralement en moins de douze heures et même moins quand nécessaire.
Administration de traitements		
• Chimiothérapie à domicile	Métothrexate Domicile et clinique ambulatoire	• Aucune installation de chimiothérapie intraveineuse, seulement le retrait. • Protocole en préparation avec HDSJ
• Arédia	Domicile et clinique ambulatoire	
• Zométa	Domicile et clinique ambulatoire	
• Transfusions sanguines	Domicile seulement Albumine et culots globulaires	• Protocole en voie d'être signé avec Hôtel-Dieu de St-Jérôme • Clientèle en soins palliatifs seulement et incapable de se déplacer • Soins de confort
• Autres	Hypodermoclyse	
Commentaires :		

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **CLSC ARTHUR-BUIES**

Pharmacie

	Accessibilité	Particularités
Médicaments fournis par le CLSC		
• Soins de plaies	Pansements fournis par les CLSC pour les 45 premiers jours, ensuite aux frais du patient. (Sauf pansements de base).	Sure-Press non fourni
• Héparine	Héparine lock fournie	
• Solutés/tubulures/fournitures	Fournies	
• Autres	Pompes Aims fournies par le CLSC.	Neuf en possession du CLSC, si demande augmente, besoin de plus de pompes
Partage des coûts	Client qui reçoit de la médication à domicile ou à la clinique ambulatoire doit assumer les coûts soit par réclamation d'assurances privées ou RAMQ. Si non couvert par la RAMQ, client doit en assumer les frais.	
Implication des pharmaciens communautaires	Bonne relation avec celles-ci.	

Commentaires :

Traitements des jeunes enfants avec cancer augmentent, plus difficile psychologiquement pour les intervenants. Besoin de support significatif et nécessité de formation en lien avec nouveaux traitements chez l'enfant.

ADAPTATION/RÉADAPTATION — **CLSC ARTHUR-BUIES**

Services offerts	Accessibilité	Particularités (délais)
Ergothérapie	Enseignement, positionnement, déplacements.	• 24 – 48 heures pour soins palliatifs/cancer • Autres clientèles : 8 mois , pénurie de main d'œuvre en ergothérapie • Manque de lit pour positionnement
Physiothérapie	Équipement spécialisé, prévention, traitement de la douleur	Priorité 1
Soutien psychosocial	Oui	Un mois pour évaluation initiale à moins d'urgence
Aide à domicile	• Gardiennage • Préparation de repas en lien avec nutritionniste, soins d'hygiène • Entretien ménager sous contrat	• Aucun délai si urgence • Programme de soins intensifs en soins à domicile répond aux besoins
Prêts d'équipements	Oui	• Frais de 5 $ pour location • Frais de 75 $ pour déménagement et installation du lit d'hôpital • Besoins de lits, lève-personnes, fauteuils roulants
Organismes communautaires/bénévoles	Pallia-Vie	Accompagnement
Inhalothérapie	Soins de confort	• Frais mensuels de 46 $/mois pour remplissage (pas couvert par RAMQ) • Prêt gratuit pour concentrateur.
Nutritionniste	SAD seulement	Consultante cancer et soins palliatifs, effets secondaires de la chirurgie, support clinique, gavage à domicile
Hébergement/convalescence		• Lits de répit accessibles en CHSLD, délai trois mois. • Entente informelle avec deux centres pour lits de soins palliatifs. Parfois dirigée vers privé mais n'offrent pas de soins infirmiers

Commentaires :

Garde de nuit possible par les agences. Aide à domicile par auxiliaires familiales du CLSC offert en priorité pour les clients soins palliatifs.

ADAPTATION/RÉADAPTATION **Hébergement/transport**		CLSC ARTHUR-BUIES
	Accessibilité	**Particularités**
Services bénévoles	Oui	• Frais selon kilométrage • Possibilité de recevoir allocation par la Société canadienne du cancer après évaluation financière.
Hôtellerie	Non	• Peuvent être logés à Montréal pour radiothérapie. • Peu utilisée pour clientèle de la région
Autres	Transport adapté	
Commentaires :		

SOINS PALLIATIFS		CLSC ARTHUR-BUIES
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités**
Mécanismes de liaison/cheminement de la demande		
Possibilité de mourir à domicile	Augmente rapidement	
Suivi médical à domicile	• Oui • Bon lien avec HDSJ	• Peu de délai pour les clients en soins palliatifs selon les besoins • Actuellement attente pour les cas palliatifs non urgents, car manque d'effectifs médicaux • Besoins en effectifs médicaux soins palliatifs (trois jours/semaine)
Garde médicale	Oui, garde partagée entre médecins	Patients ont parfois le numéro de téléavertisseur de leur médecin, le rejoigne directement (à la discrétion des médecins de laisser ou non leur numéro de téléavertisseur)
Soins infirmiers	Bon lien avec équipe médicale	Augmentation de clientèles de tous âges
Garde en soins infirmiers	Oui, pour la clientèle connue des soins à domicile	
Suivi psychosocial	À la demande	Besoin actuel de bien définir les rôles de chacun
Traitement de la douleur	En lien avec les médecins	
Suivi de deuil et soutien à la famille	Relance téléphonique après un mois par les infirmières, visite à domicile au besoin	
Organismes bénévoles	Pallia-Vie très impliqué	Accompagnement
Équipe interdisciplinaire	• À venir • Actuellement, consultation au besoin	
• Médecin		
• Infirmière		
• Ergothérapie		
• Physiothérapie		
• Intervenant psychosocial		
• Nutrition		
• Autres		
Soutien au personnel soignant	Assuré par le supérieur immédiat, l'infirmière et entre les pairs	

SOINS PALLIATIFS (suite)		CLSC ARTHUR-BUIES
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités**
Formation continue/mise à jour		
• Médicale	Colloque, formation médicale continue	
• Nursing	• Formation reçue sur le support psychologique • Formation avec ateliers étalée sur un an, très appréciée des infirmière. • Diverses formations en soins palliatifs offertes par les médecins de HDSJ • Participation de quelques infirmières à certains colloques • Une infirmière participe à une formation clinique plus approfondie via projet régional de planification /promotion de la main-d'œuvre infirmière en CLSC.	Bon contact avec Dr Rouleau de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme qui donne des formations en soins palliatifs.
• Autres		
Outils cliniques	• Échelle de douleur • Soins de plaies	
Gestionnaire de cas	Intervenant pivot	Responsable de l'inscription au comité de détermination et du suivi.
Médicaments		
• Partage des coûts des médicaments	Clientèle assure les coûts (RAMQ ou assurances privées)	
• Implication du pharmacien communautaire	Quelques liens très intéressants avec pharmaciens communautaires de la région	
• Accès aux médicaments contre la ouleur		Difficulté à obtenir une prescription médicale directement du médecin. Les pharmaciens n'acceptent pas de télécopie ou ordre téléphonique pour les narcotiques.

Commentaires :

- Comité de dysphagie, soins de plaies. Équipe interdisciplinaire en soins palliatifs à venir.
- Bon lien de l'équipe soignante du CLSC avec l'équipe de soins palliatifs de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme.
- Quelques irritants exprimés par les médecins : lieux physiques ± adéquats, gestion des boîtes vocales, la lourdeur de la paperasse, etc., réduit le temps de disponibilité pour la clientèle.
- Besoin d'une infirmière de liaison en soins palliatifs à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme pour référence spécialisée avec possibilité pour l'infirmière de l'accueil Santé du CLSC puisse se mobiliser au centre hospitalier afin d'évaluer le retour à domicile : élaboration d'un plan de services, prêts d'équipements etc.
- Suggestion d'un mettre sur pied un groupe de support pour les auxiliaires familiales.
- Intérêt marqué du chef de programme pour le dossier soins palliatifs, est une priorité pour le CLSC.
- Iniquités dans le partage du coût des médicaments ou fournitures Ex. : tubulures de gavage payées par assurances privées et non par la RAMQ.

7.4.2 CLSC DES PAYS-D'EN-HAUT

Date de la rencontre	21 janvier 2002
Étaient présents :	
M^me^ Vivianne Khouzam	agente de relations humaines
D^re^ Paule Lever	médecin
M^me^ Justiane Ruel, responsable	chef d'administration de programme santé physique
M^me^ Line Saulnier	infirmière, membre du comité soins palliatifs, point de services de Ste-Adèle
M^me^ Francine Théroux	infirmière clinicienne

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **CLSC DES PAYS-D'EN-HAUT**

Mécanismes de liaison CH-CLSC

	Accessibilité	Particularités
Clientèle admissible	Clientèle habitant sur le territoire du CLSC	
Présence d'une infirmière	Infirmière-chef d'équipe des points de services et infirmière Info-Santé ont la fonction d'accueil.	
Semaine	8 h 30 à 20 h 30	Outils de liaison développés avec Centre hospitalier Laurentien
Fin de semaine	8 h 30 à 16 h 30	Par Info-Santé
Garde infirmière	Clientèle 24/7 ou soins à domicile	
Garde médicale	Clientèle en soins palliatifs seulement	
Mode de communication avec médecin traitant	télécopieur, téléphone, fiche de liaison	
Semaine	• Infirmière de liaison quand disponible ou directement avec médecin • Difficile avec cliniques privées	Clientèle référée à l'urgence ou à la clinique
Fin de semaine	Difficultés la fin de semaine et le soir car pas d'infirmière de liaison à HDSJ	Clientèle référée à l'urgence ou à la clinique

Commentaires :

- Pas de mécanisme de liaison en oncologie formel avec HDSJ comparativement avec le Centre hospitalier Laurentien.
- Lors des congés en soirée, on ne peut faire de liaison avec le CLSC.
- Comité de liaison avec l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme depuis environ six mois mis en place, priorité pour les soins palliatifs.
- Amélioration dans les mécanismes de confirmation de la demande avec Hôtel-Dieu de St-Jérôme
- Mécanismes de liaison fonctionnels en place avec le Centre hospitalier Laurentien

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS		CLSC DES PAYS-D'EN-HAUT
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités (délai)**
Soins infirmiers		
Soins infirmiers post-chirurgie	Domicile et clinique ambulatoire	Moins de 24 heures
Administration de traitements		
• Chimiothérapie à domicile	Méthotrexate injection	
• Arédia	Clinique ambulatoire seulement	
• Zométa	Pas de demande encore mais possibilité de l'administrer	
• Transfusions sanguines	À venir	• Entente à signer avec l'Hôtel-Dieu de St - Jérôme • Albumine pour soins de confort de la clientèle en soins palliatifs seulement
• Autres	Pochette remise au client sur le traitement de la douleur	
Commentaires : Comité de soins palliatifs conjoint avec le CLSC des Trois-Vallées et le Centre hospitalier Laurentien veulent établir des objectifs pour assurer un continuum de services.		

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS **Pharmacie**		CLSC DES PAYS-D'EN-HAUT
	Accessibilité	**Particularités**
Médicaments fournis par le CLSC		
• Soins de plaies	Pansements de base	Évaluation des besoins si traitements particuliers nécessaires
• Héparine	Oui	
• Solutés/tubulures/fournitures	Non	Frais des patients si ont des assurances privées sinon le CLSC les fournit.
• Autres		Pompes en location
Partage des coûts		
Implication des pharmaciens communautaires		
Commentaires :		

ADAPTATION/RÉADAPTATION		CLSC DES PAYS-D'EN-HAUT
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités (délai)**
Ergothérapie	Oui	• Priorité 1 • Environ une semaine • Pénurie de main-d'œuvre
Physiothérapie	Oui	• Priorité 1 • Environ une semaine • Pénurie de main-d'œuvre
Soutien psychosocial	Soins palliatifs : première visite conjointe avec travailleuse sociale et infirmière	Réponse rapide en 24 - 48 heures
Aide à domicile	• Gardiennage défrayé par le programme chèque emploi-service • Entretien ménager : *Marteau-plumeau* • Repas et soins d'hygiène, auxiliaires familiales du CLSC	• SISAD • Budget spécial pour clientèle soins palliatifs • Demandes toujours acceptées
Prêts d'équipements	Oui	• Priorité clientèle en soins palliatifs • Coûts de 100 $ pour le déménagement et l'installation des lits au frais du patient • Possibilité d'arrangement si le client ne peut payer

ADAPTATION/RÉADAPTATION (suite)		CLSC DES PAYS-D'EN-HAUT
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités (délais)**
Organismes communautaires/bénévoles	• Pallia-Vie • Groupe aidants naturels animé par CLSC à St-Sauveur	• Accompagnement à partir de la phase du diagnostic jusqu'à la phase terminale • Suivi post-deuil • CLSC fournit gardiennage 1 fois / semaine pour ces rencontres
Inhalothérapie	Oui	
Nutritionniste	Quatorze heures/mois	Priorité pour gavage
Hébergement/convalescence	Lits de répit au CHSLD en priorité 3	Agence Léonard offre des services privés en soins palliatifs
Commentaires :		

ADAPTATION/RÉADAPTATION **Hébergement/transport**		CLSC DES PAYS-D'EN-HAUT
	Accessibilité	**Particularités**
Services bénévoles	• Entraide bénévole • Le baladeur pour les transport vers l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme	• Frais, demande à faire 24 heures à l'avance • Frais
Hôtellerie		
Autres	Transport adapté	
Commentaires : Manque de disponibilité de transport pour examens		

SOINS PALLIATIFS		CLSC DES PAYS-D'EN-HAUT
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités**
Mécanismes de liaison/cheminement de la demande		
Possibilité de mourir à domicile	Oui	Plusieurs choisissent de mourir à domicile
Suivi médical à domicile	Clientèle soins à domicile	Beaucoup de patients qui quittent l'hôpital et retournent à domicile n'ont pas de médecin de famille et doivent être pris en charge par les médecins du CLSC.
Garde médicale	Oui, pour leurs patients respectifs suivis au CLSC	• Si médecin absent, évaluation faite par l'infirmière qui réfère à un autre médecin du groupe.
Soins infirmiers	Oui	
Garde en soins infirmiers	Clientèle suivie au soins à domicile ou inscrite au 24/7	
Suivi psychosocial	• D'emblée à la première visite en soins palliatifs • Visite conjointe infirmière et travailleuse sociale	
Traitement de la douleur	Avec médecin	
Suivi de deuil et soutien à la famille	Oui	
Organismes bénévoles	Pallia-Vie	
Équipe interdisciplinaire	Définition des rôles en cours	• Supervision clinique à chaque point de services • Plan de services à chaque patient inscrit au dossier
• Médecin		
• Infirmière	Clinicienne disponible pour soins palliatifs n'a pas un rôle unique en soins palliatifs	
• Ergothérapie		

SOINS PALLIATIFS (suite)		CLSC DES PAYS-D'EN-HAUT
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités**
• Physiothérapie		
• Intervenant psychosocial		
• Nutrition		
• Autres		
Soutien au personnel soignant	• Psychologue au CLSC • Entre pairs	
Formation continue/mise à jour		
• Médicale	• Lectures • Formation continue	Médecins responsables de leur formation
• Nursing	• Formations sur approche de la douleur avec Dr Rouleau • Évaluation des besoins de formation faite avec CLSC des Trois-Vallées • Deux infirmières participent à la formation clinique plus approfondie via projet CLSC	• Accès pour quelques membres du personnel à des colloques • Formation offerte aussi par médecins du CLSC et du centre hospitalier
• Autres	Auxiliaires familiales : formation à l'interne sur l'approche aux mourants	
Outils cliniques	Document d'information pour usagers et soignants	
Gestionnaire de cas		Intervenant pivot
Médicaments		
• Partage des coûts des médicaments		
• Implication du pharmacien communautaire	Un pharmacien est impliquée sur le territoire	Sensibiliser les pharmaciens communautaires à l'achat de narcotiques en petite quantité pour avoir un accès plus rapide lors de changement rapide de dosage ou de type de médicament
• Accès aux médicaments contre la douleur		

Commentaires :

- Projet du Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers d'intégrer médecins de cliniques privées avec infirmière pivot du CLSC pour un suivi intégré de la clientèle en soins palliatifs.
- Problèmes soulevés quant à la responsabilité des autres intervenants pour l'administration de la médication anti-douleur.

7.4.3 CLSC – CHSLD des Trois-Vallées

Date de la rencontre	30 janvier 2002
Étaient présents :	
M^me^ Sylvie Labelle	infirmière soins à domicile
M^me^ Louise Lemieux, responsable	infirmière assistante au supérieur immédiat soins à domicile

Activités de traitements — **CLSC – CHLSD des Trois-Vallées**

Mécanismes de liaison CH-CLSC

	Accessibilité	Particularités
Clientèle admissible	Clientèle résidant sur le territoire du CLSC	
Présence d'une infirmière	Infirmière accueil soins à domicile	
Semaine	8 h 30 à 16 h 30	Info-Santé. ou infirmière de garde prend la relève le soir, la nuit et fin de semaine.
Fin de semaine	8 h 30 à 16 h 30	Par Info-Santé
Garde infirmière	Clientèle soins à domicile ou 24/7	Par Info-Santé, ligne dédiée pour la clientèle en soins palliatifs
Garde médicale	Clientèle ciblée	Peut aussi donner un avis conseil ou support pour clientèle non ciblée
Mode de communication avec médecin traitant	Relance téléphonique, télécopieur, fiche de liaison	
Semaine		
Fin de semaine		

Commentaires :

- Référence des patients en post-opératoire et suivis en oncologie par l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme va bien, par contre la clientèle en soins palliatifs n'est pas référée.
- Avec le Centre hospitalier Laurentien, mécanismes fonctionnels. Planification des congés pour la clientèle en soins palliatifs, référence faite plus tôt. Outil de liaison développé. Sensibilisation auprès des clients concernant les services offerts en CLSC. Comité centre hospitalier et CLSC depuis environ 1990. Comité élargi avec le CLSC des Pays-d'en-Haut.
- Besoin d'évaluer dès le départ la disponibilité du médecin traitant pour les clients en soins palliatifs, indispensable à la réussite du suivi. Certains médecins traitants acceptent de façon exceptionnelle de faire un suivi à domicile. Le client a les coordonnées de son médecin.

Activités de traitements — **CLSC – CHSLD des Trois-Vallées**

Services offerts	Accessibilité	Particularités (délai)
Soins infirmiers		
Soins infirmiers post-chirurgie	Clientèle résidant sur le territoire du CLSC	Moins de 24 heures
Administration de traitements		
• Chimiothérapie à domicile		Surveillance, retrait de perfusion, entretien des cathéters centraux selon centre hospitalier
• Arédia	• À la clinique ambulatoire • Domicile	
• Zométa	À venir	En attente de résultats confirmant la valeur égale ou supérieure à l'Arédia.
• Transfusions sanguines	Non	Saignées faites pour certains cas
• Autres		

Commentaires :

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **CLSC – CHSLD DES TROIS-VALLÉES**

Pharmacie

	Accessibilité	Particularités
Médicaments fournis par le CLSC	Non	
• Soins de plaies	Fournitures régulières	Pansements tels que Duoderm etc. sont fournis sur une base temporaire
• Héparine	Oui	
• Solutés/tubulures	Oui	
• Autres		
Partage des coûts		

Commentaires :

L'Héparine est fournie par le CLSC dans l'entretien de maintien de cathéters intraveineux. En traitement actif, il est normalement fourni par le centre hospitalier.

ADAPTATION / RÉADAPTATION — **CLSC- CHSLD DES TROIS-VALLÉES**

Services offerts	Accessibilité	Particularités (délais)
Ergothérapie	Confort, adaptation, aide technique	Pas d'attente, priorité en soins palliatifs
Physiothérapie	Postures de confort, utilisation de TENS transferts etc. ...	Pas d'attente, priorité en soins palliatifs
Soutien psychosocial		Pas d'attente, priorité en soins palliatifs
Aide à domicile	• Gardiennage défrayé par le programme chèque emploi-service. • Soins d'hygiène • Repas	Pas d'attente, aucun refus en soins palliatifs
Prêts d'équipements	Petite réserve pour soins palliatifs.	Manque matelas de confort, lève-personne, TENS. (appareil pour le traitement contre la douleur)
Organismes communautaires/bénévoles	Oasis cancer	
Inhalothérapie	Pour traitement de confort	
Nutritionniste	Trois jours/semaine	Pas d'attente, priorité en soins palliatifs
Hébergement/convalescence		Lits de répit dans différents CHSLD (15 $/jour)

Commentaires :

ADAPTATION/RÉADAPTATION — **CLSC – CHSLD DES TROIS-VALLÉES**

Hébergement/transport

	Accessibilité	Particularités
Services bénévoles	Inter-groupe-bénévoles	Bénévoles, frais selon la distance
Hôtellerie		
Autres		Cas par cas

Commentaires :

SOINS PALLIATIFS		CLSC- CHSLD DES TROIS-VALLÉES
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités**
Mécanismes de liaison/cheminement de la demande	Très bon mécanismes avec le centre hospitalier Laurentien.	• Liens constants avec infirmière clinicienne en soins palliatifs du centre hospitalier • Planification des congés
Possibilité de mourir à domicile	Oui	Le nombre de décès à domicile augmentent.
Suivi médical à domicile	Médecins disponibles pour les territoires de Ste-Agathe et St-Jovite	• Deux médecins (total un poste 5.5 jours) • Une demie-journée/semaine clinique médicale • Un médecin du CLSC 2.5 jours/semaine
Garde médicale	Médecins disponibles pour les territoires de Ste-Agathe et St-Jovite	• Deux médecins de cliniques privées pour leurs patients et ceux du médecin du CLSC • Six médecins de cliniques privées pour leurs patients et ceux du médecin du CLSC
Garde en soins infirmiers	Clientèle connue au CLSC et 24/7	
Suivi psychosocial	Oui, sur demande	
Traitement de la douleur	Personnel formé pour le traitement de la douleur	- Trousse de médicaments d'urgence accessible au CHSLD et au centre hospitalier - Achat de médicaments de base par le CLSC
Suivi de deuil et soutien à la famille	- Disponibilité d'une travailleuse sociale - Une visite post-deuil le mois suivant.	
Organismes bénévoles	OASIS CANCER	- Activités : Conférences, écoute téléphonique, groupe de support. - Disponibilité des bénévoles pour de l'accompagnement à domicile à venir.
Équipe interdisciplinaire		
• Médecin	Oui	
• Infirmière	Oui	
• Ergothérapie		
• Physiothérapie		
• Intervenant psychosocial	Oui	
• Nutrition	Pour la clientèle à domicile seulement	
• Autres		
Soutien au personnel soignant	Psychologue disponible 1 fois par mois Support du supérieur immédiat et les pairs	Projet pilote sur le territoire de Ste-Agathe : Psychologue «prêté» par la paroisse ½ journée par 3 semaines
Formation continue/mise à jour		
• Médicale		
• Nursing	• Différentes formations offertes. Beaucoup d'emphase sur les soins palliatifs • Une infirmière participe à une formation clinique plus approfondie via projet régional de planification /promotion de la main-d'œuvre infirmière en CLSC.	
• Autres		
Outils cliniques	Outils développés	Outils avancés en soins palliatifs, lien avec clinicienne du Centre hospitalier Laurentien
Gestionnaire de cas	Intervenant pivot	
Médicaments		
• Partage des coûts des médicaments	Selon assurances médicaments	
• Implication du pharmacien communautaire		Impliqué lorsque médication administrée sous pompe volumétrique.
	Processus en cours	
Commentaires : Tenir compte de l'avancement des travaux lors de la répartition des budgets pour ne pas pénaliser les établissements qui ont déjà pris de l'avance.		

7.4.4 CLSC des Hautes-Laurentides

Date de la rencontre	29 janvier 2002
Étaient présents :	
M^me^ Louise Blais	infirmière soins à domicile
M^me^ Francine Laroche	infirmière bachelière assistante au supérieur immédiat
M^me^ Denyse Marier, responsable	chef de l'administration des programmes soins à domicile
D^r^ Michel Massé	médecin, président du CMDP du centre hospitalier de Mont-Laurier, du CLSC soins à domicile, point de services Notre-Dame du Laus
M^me^ Louise Vallières	infirmière soins à domicile, point de service de l'Annonciation

Activités de traitements — **CLSC des Hautes-Laurentides**

Mécanismes de liaison CH-CLSC

	Accessibilité	Particularités
Clientèle admissible	Clientèle habitant sur le territoire du CLSC	• Toutes les demandes provenant des centres hospitaliers sont acheminées à l'accueil des soins à domicile. La clientèle ambulatoire suivie à la clinique ambulatoire et celle non ambulatoire suivie à domicile. • La clientèle qui appelle et qui n'a pas besoin de services à domicile est orientée vers l'accueil psychosocial du CLSC.
Présence d'une infirmière	• Infirmière à accueil soins à domicile pour les soins infirmiers • Accueil psychosocial	
Semaine	• 8 h 30 à 20 h 30 • Soir et nuit: Info-Santé régional	Urgences pour clientèle connue référées à l'infirmière d'Info-Santé après 20 h 30
Fin de semaine	Par Info-Santé de 8 h 30 à 16 h 30	Demandes acheminées à l'infirmière de garde ou la clinique ambulatoire selon le cas.
Garde infirmière	Clientèle suivi à domicile	
Garde médicale	Oui	Pour clientèle soins palliatifs suivie par médecins du CLSC ou de l'hôpital
Mode de communication avec médecin traitant		
Semaine	Pour la clientèle suivi en soins palliatifs, un médecin peut être rejoint en tout temps par l'infirmière de garde	
Fin de semaine		Pré-admission peut être faite par médecin de garde pour les soins palliatifs. Évitent séjours à l'urgence

Commentaires :

- Déplorent le manque de références précoces lors du diagnostic de cancer. Re : aspect psychosocial, support.
- Référence faite de la clientèle déjà suivi par l'équipe de soins palliatifs à l'hôpital vers le CLSC.
- La clientèle en soins palliatifs sans suivi par l'équipe de l'hôpital n'est pas référée au CLSC ou si oui, leur dossier est souvent incomplet.
- Médecins de cliniques médicales difficiles à rejoindre, horaires plus stricts, pas de mécanisme particulier de liaison.

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS	CLSC DES HAUTES-LAURENTIDES	
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités (délai)**
Soins infirmiers		
Soins infirmiers post chirurgie	Oui, à domicile et clinique ambulatoire	• Moins de 24 heures • Peu de références faites à la clinique ambulatoire du point de service de l'Annonciation sauf l'été où le centre hospitalier est débordé.
Administration de traitements		
• Chimiothérapie à domicile	Oui, à domicile et clinique ambulatoire	Pas d'installation de chimiothérapie intraveineuse mais retrait de perfusion en cours.
• Arédia	• Oui, clinique ambulatoire • Entretien des cathéters centraux à domicile et à la clinique ambulatoire	• Peu de références • Actuellement administré en cliniques externes des centres hospitaliers de la région • Recevons plus de références des centres hospitaliers hors région
• Zométa	Possible, pas de référence jusqu'à maintenant	
• Transfusions sanguines	Non, pas de demande	
• Autres	Aide à domicile post-opératoire et suivi intensif en phase terminale sans limite d'heures	
Commentaires :		

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS **Pharmacie**	CLSC DES HAUTES-LAURENTIDES	
	Accessibilité	**Particularités**
Médicaments fournis par le CLSC		
• Soins de plaies	Pansements de base et autres plus coûteux, leur utilisation diminue la fréquence des visites infirmières	Évaluation selon le client
• Héparine	Non	
• Solutés/tubulures	Oui	
• Autres		
Partage des coûts	Client paye via RAMQ ou assurances privées	
Implication des pharmaciens communautaires		
Commentaires : ‣ La responsabilité du paiement d'un même médicament varie selon que le patient est hospitalisé ou à domicile : exemple : Arédia. ‣ Fondation Yvan-Laurin apporte support financier pour achat de petits équipements (pousse-seringue, pompe).		

ADAPTATION/RÉADAPTATION		CLSC DES HAUTES-LAURENTIDES
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités (délai)**
Ergothérapie	Oui	Peu impliquée mais peu de délai lorsque nécessaire
Physiothérapie	Non	Besoins présents
Soutien psychosocial	Oui, à la demande du client, de la famille ou de l'infirmière	Peu de délai
Aide à domicile	oui • Gardiennage défrayé par le programme chèque emploi-service • Soins d'hygiène • Enseignement pour préparation repas avec diète spéciale	Pas de délai pour clientèle atteinte de cancer ou en soins palliatifs, même si budget réservé atteint.
Prêts d'équipements	Pas de frais. Transport d'équipements lourds assuré par le CLSC	Priorité à la clientèle en soins palliatifs
Organismes communautaires/bénévoles	Fondation Yvan-Laurin	Aide financière
Inhalothérapie	Oui	Pour la clientèle en phase terminale, le CLSC assume tous les coûts de location et de remplissage.
Nutritionniste	Non	
Hébergement/convalescence	Non	CLSC tente d'augmenter les services lors de demandes de répit, car peu d'accès autre que le centre hospitalier, ce qui ne répond pas au besoin de la famille.
Commentaires		

ADAPTATION/RÉADAPTATION **Hébergement/transport**		CLSC DES HAUTES-LAURENTIDES
	Accessibilité	**Particularités**
Services bénévoles	• Transport pas toujours disponible même localement • Augmentation des demandes	• Coûts varient selon les municipalités. Très dispendieux. (+/- 100 $ Montréal) • Payés si reçoit Prestations d'aide-sociale
Hôtellerie	Montréal	Coûts assumés par les patients
Autres	Connaissances de personnes du quartier	
Commentaires : - Problème majeur - Dispendieux - Éloignement de la famille lors d'hébergement à Montréal - Abandon de traitements reliés aux difficultés de transport et d'hébergement		

SOINS PALLIATIFS		CLSC DES HAUTES-LAURENTIDES
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités**
Mécanismes de liaison/cheminement de la demande		
Possibilité de mourir à domicile	Oui	Désir présent mais peu le font jusqu'à la fin
Suivi médical à domicile	Oui, selon le secteur	• Pas de médecin à l'Annonciation, et les médecins de la clinique médicale ne font pas de visite à domicile. • Lits de soins palliatifs disponibles au centre hospitalier de l'Annonciation • Suivi médical possible aux autres points de services

SOINS PALLIATIFS (suite)		CLSC DES HAUTES-LAURENTIDES
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités**
Garde médicale	• Oui pour la région Mont-laurier et Notre-Dame du Laus • Non à l'Annonciation à cause d'un financement inadéquat de la garde donc pas de médecin intéressé	Garde assurée par trois médecins de CLSC et un du CHSLD
Garde en soins infirmiers	Clientèle inscrite au 24/7 et clientèle connue des soins à domicile	
Suivi psychosocial	Oui	Sur demande
Traitement de la douleur	Oui	• Si médicaments administrés par voie orale, facilement accessible. • Si autre forme de traitement, difficultés d'accès reliées aux coûts. Si clientèle hospitalisée, ne paie pas sa médication.
Suivi de deuil et soutien à la famille	Oui	Relance téléphonique ou une visite par l'infirmière ou le travailleur social impliqué
Organismes bénévoles	Oui	
Équipe interdisciplinaire	Oui	
• Médecin	Oui	
• Infirmière	Oui	
• Ergothérapie		
• Physiothérapie		
• Intervenant psychosocial	Oui	
• Nutrition		
• Autres		
Soutien au personnel soignant	Pas structuré formellement	• Support entre intervenants • Équipe interdisciplinaire à Notre-Dame du Laus
Formation continue / mise à jour		
• Médicale	Participation à certains colloques.	
• Nursing	• Participation à certains colloques • Une infirmière participe à une formation clinique plus approfondie via projet régional de planification /promotion de la main-d'œuvre infirmière en CLSC.	Support médical de l'équipe du CLSC et du centre hospitalier
• Autres	Non	
Outils cliniques	Non	Parfois outils maison pour documenter les interventions client-famille-personnel soignant
Gestionnaire de cas	Habituellement l'infirmière	
Médicaments		
• Partage des coûts des médicaments		• Centre hospitalier paie parfois pour médicaments de patients en l'externe • Ces médicaments devraient être assurés par le RAMQ
• Implication du pharmacien communautaire		
• Accès aux médicaments contre la douleur	• Lorsque suivi par médecin qui fait partie de l'équipe du centre hospitalier • Parfois possibilité d'obtenir médication de la pharmacie du centre hospitalier selon la volonté du pharmacien	• Pas de protocole • Difficulté à obtenir des narcotiques rapidement

Commentaires :

- Désir de mourir à domicile très culturel. Beaucoup le veulent mais changent d'idée avant la fin par manque de support aux aidants naturels. On dénombre plus de décès à domicile dans le secteur de Notre-Dame du Laus. Peu d'accessibilité à un suivi en soins palliatifs sans être hospitalisé. Pas de mécanisme de liaison dès l'annonce du diagnostic pour une prise en charge par une équipe spécialisée.
- Manque de support psychosocial pour les enfants qui ont un parent qui décède. Nécessité de mieux outiller les intervenants à intervenir auprès des enfants.
- Clarifier la légalité des certificats de non-réanimation. Pas toujours complété par médecin.
- Revoir l'accessibilité au programme régional pour des équipements de soins palliatifs, par exemple des surfaces thérapeutiques pour une clientèle alitée en phase terminale. Présentement ces demandes ne sont pas recevables à la Régie parce que le temps d'utilisation est très court et la priorité n'est pas accordée.

7.4.5 CLSC Jean-Olivier-Chénier

Date de la rencontre	18 janvier 2002
Étaient présents :	
Mme Sylvie Gingras, responsable	chef de programme soins à domicile
Mme Nadia Perron	infirmière agente d'information et de sensibilisation pour le cancer du sein
Dre Odette Préfontaine	médecin
Mme Nicole Waddell	infirmière soins à domicile

Activités de traitements — **CLSC Jean-Olivier-Chénier**

Mécanismes de liaison CH-CLSC

	Accessibilité	Particularités
Clientèle admissible	Clientèle résidant sur le territoire du CLSC Jean-Olivier-Chénier	
Présence d'une infirmière	Infirmière accueil soins à domicile	
Semaine	8 h à 20 h 30	
Fin de semaine	8 h 30 à 16 h 30	
Garde infirmière	Clientèle soins à domicile et 24/7	
Garde médicale		
Mode de communication avec médecin traitant		
Semaine	Téléphone, télécopieur, fiche de liaison	Difficile
Fin de semaine	Téléphone, télécopieur, fiche de liaison	Difficile

Commentaires :

- Communication avec médecin traitant plus difficile actuellement avec centre hospitalier car les infirmières de liaison ne peuvent plus assumer la tâche de faire la liaison avec le médecin, même si le patient est connu.
- Beaucoup de pertes de temps pour l'infirmière du CLSC à tenter de rejoindre le médecin traitant.
- Si impossibilité de rejoindre le médecin, patient référé à l'urgence.

Activités de traitements — **CLSC Jean-Olivier-Chénier**

Services offerts

	Accessibilité	Particularités (délai)
Soins infirmiers		
Soins infirmiers post-chirurgie	Accessible	Moins de 24 heures
Administration de traitements		
• Chimiothérapie à domicile	Accessible	• Pour le retrait de 5-FU, patient retourne le matériel au centre hospitalier • Entretien des cathéters • Aucune installation de chimiothérapie intraveineuse
• Arédia	Soins à domicile et clinique ambulatoire	
• Zométa	À venir	
• Transfusions sanguines	Non	
• Autres		

Commentaires :

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS **Pharmacie**	CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER	
	Accessibilité	**Particularités**
Médicaments fournis par le CLSC		
• Soins de plaies	Pansements de base	
• Héparine	Non	Payé par le patient
• Solutés/tubulures	Tubulures oui	
• Autres	Trois pompes en inventaire	
Partage des coûts		
Implication des pharmaciens communautaires		
Commentaires :		

ADAPTATION/RÉADAPTATION	CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER	
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités (délai)**
Ergothérapie	Oui	• Soins palliatif priorisés : une semaine • Autres : environ cinq à six mois
Physiothérapie	Oui	• Soins palliatif priorisés : une semaine • Autres : environ cinq à six mois
Soutien psychosocial	Oui	• Soins palliatif priorisés : rapide • Autres, liste d'attente de cinq à 6 mois
Aide à domicile	• Gardiennage défrayé par le programme chèque emploi-service: 35 heures lors de la phase terminale • Entretien ménager : Coop Bon ménage • Soins d'hygiène • Repas	• Gérée par priorité • Services assurés en soins palliatifs
Prêts d'équipements	Oui	Frais de transport de 80 $ pour livraison de lit d'hôpital
Organismes communautaires/bénévoles	SERCAN : gardiennage, accompagnement et transport	
Inhalothérapie	Oui	
Nutritionniste	Oui	• Priorité soins palliatifs, délai environ une semaine • Outils • Recettes • Rencontres auxiliaires • Formation continue
Hébergement/convalescence		
Commentaires		

ADAPTATION/RÉADAPTATION **Hébergement/transport**	CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER	
	Accessibilité	**Particularités**
Services bénévoles	• SERCAN • Société canadienne du cancer	• Montant fixe pour transport • Tarif de base
Hôtellerie	Non	
Autres	Transport adapté	
Commentaires :		

SOINS PALLIATIFS		CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités**
Mécanismes de liaison/cheminement de la demande	accueil soins à domicile	
Possibilité de mourir à domicile	Oui	
Suivi médical à domicile	Oui	Référence faite quand médecin de famille ne va pas à domicile ou n'a pas de médecin
Garde médicale	Disponible pour clientèle en phase terminale connue du médecin du CLSC	• Cas par cas • Patient en soins palliatifs
Garde en soins infirmiers	Clientèle soins à domicile et 24/7	
Suivi psychosocial		
Traitement de la douleur	Lien avec médecin traitant	Infirmière doit prévoir le besoin de médication lorsque le suivi n'est pas assuré par un médecin du CLSC
Suivi de deuil et soutien à la famille	• SERCAN • Ressources communautaires	
Organismes bénévoles	SERCAN	• Accompagnement psychologique • Transport • Gardiennage
Équipe interdisciplinaire	Comité de soins palliatifs	Réorganisation du fonctionnement à l'interne, outils, etc.
• Médecin	Oui	
• Infirmière	Oui	
• Ergothérapie	Oui	
• Physiothérapie	Non	
• Intervenant psychosocial	Oui	
• Nutrition	Oui	
• Autres	• Représentant de SERCAN • Auxiliaire familiale	
Soutien au personnel soignant	Informel entre intervenants	
Formation continue / mise à jour		
• Médicale	Congrès de l'Association québécoise de soins palliatifs	
• Nursing	• SERCAN • Colloques soins palliatifs • Une infirmière participe à une formation clinique plus approfondie via projet régional de planification /promotion de la main-d'œuvre infirmière en CLSC.	Formation de cinq jours donnée par SERCAN
• Autres		
Outils cliniques	Oui	• Cartable à domicile pour suivi • Protocoles sur les effets secondaires
Gestionnaire de cas	Intervenant pivot	Organisé aux soins infirmiers
Médicaments		
• Partage des coûts des médicaments		
• Implication du pharmacien communautaire	Un pharmacien communautaire tient en inventaire tous les médicaments nécessaires pour les soins palliatifs. Si la pharmacien du client ne peut l'avoir dans l'immédiat, celle-ci le pourra.	Pharmacie du CHSE reste disponible aux heures de fermeture des pharmacies communautaires
• Accès aux médicaments contre la douleur	Voir ci-haut	
Commentaires :.		

7.4.6 CLSC THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE

Date de la rencontre :	14 janvier 2002
Étaient présents :	
M^me^ Brigitte Bédard	infirmière bachelière soins à domicile
M^me^ Danielle Lizotte, responsable	chef de programme soins à domicile

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS — **CLSC THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE**

Mécanismes de liaison CH-CLSC

	Accessibilité	Particularités
Clientèle admissible	Clientèle résidente sur le territoire du CLSC	• Toutes les demandes provenant des centres hospitaliers sont acheminées à l'accueil des soins à domicile. La clientèle ambulatoire suivie à la clinique ambulatoire et celle non ambulatoire suivie à domicile.
Présence d'une infirmière	Infirmière accueil soins à domicile	
Semaine	8 h – 20 h 30	Urgences pour clientèles connues référées à l'infirmière de garde après 20 h 30 via Info-Santé
Fin de semaine	Bascule à Info-Santé de vendredi 20 h 30 lundi 8 h	Demandes acheminées à l'infirmière de garde ou à la clinique ambulatoire selon le cas
Garde infirmière	Clientèle soins à domicile ou 24/7	Pour clientèle soins palliatifs suivie par médecin du CLSC
Garde médicale	Oui	
Mode de communication avec médecin traitant	Téléphone, télécopieur ou fiche de liaison	
Semaine	Infirmière de liaison du centre hospitalier de jour ou directement au médecin du CLSC, si suivi en soins palliatifs par celui-ci	Beaucoup de pertes de temps à tenter de rejoindre un médecin, infirmière de liaison des centre hospitalier de moins en moins disponible pour faire le lien avec médecin
Fin de semaine	Infirmière de liaison du centre hospitalier lorsque présente ou parla coordonnatrice de soins	• Parfois très difficile la fin de semaine pour le centre hospitalier où il n'y a pas d'infirmière de liaison • Patients référés à l'urgence pour évaluation

Commentaires :

- Mécanismes de liaison pas toujours fonctionnels. Infirmières de liaison des centres hospitaliers font de moins en moins le lien avec les médecins traitants faute de temps. Difficile dans ces cas pour l'infirmière de rejoindre médecin traitant car pas de mécanisme établi.
- Perte de temps
- Patients souvent référés à l'urgence faute de contacter avec le médecin.
- Médecins de cliniques médicales difficiles à rejoindre, horaire plus strict, pas de mécanisme particulier de liaison.
- Les références en soins à domicile venant de l'infirmière de liaison des centres hospitaliers sont complètes.
- Les références venant des médecins en clinique privées sont plus difficiles due l'absence de mécanisme établi.
- Les médecins des cabinets n'assurent pas le suivi de leurs patients lors de leur absence, ils doivent recourir aux urgences.

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS		CLSC THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités (délai)**
Soins infirmiers	Oui	Clientèle en soins palliatifs est une priorité
Soins infirmiers post-chirurgie	Oui, avec prescription médicale soins à domicile et clinique ambulatoire	Moins de 24 heures
Administration de traitements :		
• Chimiothérapie à domicile	Oui, Méthotrexate injection . Retrait perfusion à domicile et clinique ambulatoire	Pas d'installation de chimiothérapie intraveineuse à domicile mais retrait des perfusions en place.
• Arédia	Oui, soins à domicile et clinique ambulatoire	Doit avoir reçu 1re dose par médecin
• Zométa		Doit avoir reçu 1re dose par médecin ou avoir déjà reçu Arédia.
• Transfusions sanguines	À venir, protocole en voie d'être signé avec Hôtel-Dieu de St-Jérôme. Clinique ambulatoire	Pour clientèle ciblée en soins palliatifs, en phase terminale comme soins de confort seulement
• Dérivés		
• Autres	Évaluation des besoins pour soutien à domicile (aide à domicile)	Environ une semaine
Commentaires : - Pas de délai pour suivi post-chirurgie. - Délai pour évaluation aide à domicile et prises de sang. - Les activités de prélèvements doivent être planifiées, pas de prélèvements «urgents».		

ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS **Pharmacie**		CLSC THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE
	Accessibilité	**Particularités**
Médicaments fournis par le CLSC		
Soins de plaies	Pansements de base	Pansements médicamentés selon évaluation
Héparine lock	Oui	
Autres		Client doit assurer les frais de location si a besoin d'une pompe volumétrique pour l'administration de médicament si non disponible au centre hospitalier et au CLSC n'en ont pas. Les assurances privées ne couvrent pas ces frais.
Partage des coûts	RMQ ou assurances privées du client. Si non couvert, le client défraye les coûts.	
Implication des pharmaciens communautaires		
Commentaires :		

ADAPTATION/RÉADAPTATION		CLSC THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités (délai)**
Ergothérapie	Oui	• +/- dix jours évaluation soins palliatifs. • Autres clientèles quatre mois
Physiothérapie	Oui	+/- un mois
Soutien psychosocial	• Assuré par l'infirmière • Si besoin plus intensif, référence à la travailleuse sociale	• Pas de délai pour suivi du client seul • Suivi famille +/- un mois
Aide à domicile	Oui, selon les périodes • Gardiennage défrayé par le programme chèque emploi-service Soins d'hygiène • Enseignement pour préparation repas avec diète spéciale • Entretien ménager via Coop Bon ménage	• Budget heures SISAD insuffisant, six mois après début de l'année fiscale, budget épuisé donc aucun suivi intensif pour le reste de l'année • Délai très long (deux mois minimum)
Soins infirmiers	Oui	

ADAPTATION/RÉADAPTATION (suite)	CLSC THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE	
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités (délai)**
Prêts d'équipements	Oui	Coûts pour le transport des lits et autres équipements lourds Pas de frais location
Organismes communautaires/bénévoles	Pallia-Vie	Accompagnement par infirmière en soins palliatifs
Inhalothérapie	Oui	Soins de confort
Nutritionniste	Trois jours/semaine, soins à domicile	Priorité en soins palliatifs et personnes atteintes de cancer : sept à dix jours
Hébergement/convalescence	Accès aux lits du CHSLD (quatre)	
Commentaires : - Budget très insuffisant pour SISAD, la demande nécessite le double d'heures déjà allouées. - Personnel impuissant face aux limites de l'offre de services		

ADAPTATION/RÉADAPTATION **Hébergement/transport**	CLSC THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE	
	Accessibilité	**Particularités**
Services bénévoles	Centre de bénévolat Le Baladeur pour les rendez-vous à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme	• Patients autonomes et du territoire du CLSC 29 cents/km • Appeler trois jours avant
Hôtellerie	HMR lors de traitements en radiothérapie	Peu de gens utilisent le service d'hébergement de HMR :1 à 2 %
Autres	Transport adapté	
Commentaires : • Hébergement trop dispendieux pour la clientèle • Société canadienne du cancer offre une aide financière après évaluation.		

SOINS PALLIATIFS		CLSC THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités**
Mécanismes de liaison/cheminement de la demande		
Possibilité de mourir à domicile	• Encouragée pour la clientèles qui le désire • Nécessite un milieu familial impliqué	
Suivi médical à domicile	Clientèle soins à domicile	Priorité pour soins palliatifs
Garde médicale	Oui	Pour clientèle suivi par médecin du CLSC seulement
Soins infirmiers	Clientèle soins à domicile	
Garde en soins infirmiers	Garde en soins infirmiers	Clientèle inscrite au 24/7 et clientèle suivi à domicile
Suivi psychosocial	Oui, sur référence	• Priorité aux soins palliatifs mais délai • Groupe pour aidants naturels, huit séances/année, outils, prévention du burn-out chez les aidants naturels
Traitement de la douleur	Assurer par les médecins	Infirmières en lien avec les médecins pour suivi et administration des médicaments anti-douleur
Suivi de deuil et soutien à la famille	Oui	

SOINS PALLIATIFS (suite)		CLSC THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE
Services offerts	**Accessibilité**	**Particularités**
Organismes bénévoles	• Pallia-Vie • Société canadienne du cancer	• Accompagnement par infirmière pour clientèle en soins palliatifs ainsi que leurs familles • Groupe support
Équipe interdisciplinaire	Pas de façon formelle. Les interventions d'autres membres de l'équipe interdisciplinaire se feront selon les besoins identifiés par l'intervenant pivot.	
• Médecin	Oui	
• Infirmière	Oui	
• Ergothérapie		
• Physiothérapie		
• Intervenant psychosocial	Oui	
• Nutrition		
• Autres		
Soutien au personnel soignant	Non.	Lacunes. Soutien informel entre intervenants.
Formation continue/mise à jour		
• Médicale	Oui	Médecins responsables de leur formation
• Nursing	• Oui • Une infirmière participe à une formation clinique plus approfondie via projet régional de planification /promotion de la main-d'œuvre infirmière en CLSC.	• Accès pour quelques membres du personnel à des colloques • Formation offerte aussi par médecins du CLSC et du centre hospitalier
• Autres		
Outils cliniques	Non	
Gestionnaire de cas	Intervenant pivot	
Médicaments		
• Partage des coûts des médicaments	Assurances privées ou RAMQ	
• Implication du pharmacien communautaire	À développer pour accès à certains médicaments narcotiques.	
• Accès aux médicaments contre la douleur	• Difficile lorsque la détérioration du client n'a pas été prévue d'avance. • Problèmes de disponibilité des narcotiques quand urgent	Projet de trousse d'urgence en développement

Commentaires :

- Ajustement de la médication anti-douleur parfois difficile étant donné les difficultés à contacter les médecins traitants rapidement sauf pour la clientèle suivie par médecin du CLSC, car liaison plus facile entre infirmière et médecin. Patients doivent parfois attendre des heures en clinique médicale ou à l'urgence pour ajustement de la médication.
- Manque de temps au personnel pour échanger en équipe la formation reçue.
- Nécessité de développer des ressources en transport à moindre coûts.
- Besoin de créer des groupes support pour les clientèles atteintes.
- Nécessité d'améliorer les mécanismes de suivi médical.
- Besoins de ressources financières additionnelles pour achat d'équipements.

Chapitre 8

Constats régionaux

À la suite à la tournée régionale, des constats ont été dégagés. Ils sont énumérés en lien avec les différentes activités du continuum de soins. De ces constats, des forces et des faiblesses ont été ressorties. L'expression « force » a été utilisée pour faire ressortir ce qui est accessible dans la région, tandis que l'expression « faiblesse » désigne les limites, les difficultés, les situations qui bénéficieraient d'être améliorées. Ces constats peuvent guider les décideurs à orienter le continuum de soins et de services vers une planification régionale d'organisation de services intégrés et par conséquent, assurer à la clientèle visée, l'accessibilité à des services de qualité au bon endroit.

8.1 CONSTATS EN LIEN AVEC LES ACTIVITÉS D'INVESTIGATION ET DE DIAGNOSTIQUES

Accessibilité

Les cinq centres hospitaliers des Laurentides offrent des activités diagnostiques de base. L'accessibilité au SCAN sur le territoire de Ste-Agathe a permis de réduire considérablement la liste d'attente au centre hospitalier régional. Seul le CLSC-Hôpital d'Argenteuil n'offre pas la tomodensitométrie. Le centre régional, HDSJ, dispose également de services diagnostiques spécialisés de médecine nucléaire. Des services de résonance magnétique seront accessibles à la fin de l'année 2002.

Bien que l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme offre les activités de médecine nucléaire, les centres hospitaliers du bassin sud et celui du bassin nord utilisent aussi des corridors de services établis avec les établissements de la région de Montréal.

Corridors de services

Des corridors de services formels et informels sont établis pour les services non offerts par les établissements. Ceux-ci sont principalement établis avec la région de Montréal, entre autres avec l'Hôpital Sacré-Cœur, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal - Pavillon Notre-Dame et Pavillon St-Luc, et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Des services sont aussi consommés à la Cité de la santé dans la région de Laval.

Certains médecins utilisent leur réseau de collègues pour faire des références. Ces modalités permettent parfois d'accélérer la prise en charge du patient.

Quant au délai pour l'ensemble des activités diagnostiques, il varie selon l'urgence de la demande et est plus rapide lorsque la clientèle est hospitalisée. Mais de prime abord, la clientèle atteinte de cancer est prioritaire.

Forces de la région

- Les services de base sont accessibles.
- Un projet de résonance magnétique est en voie de réalisation.

- L'accessibilité à certains services spécialisés extra-régionaux est assurée par des corridors de services.

- L'ouverture de la tomodensitométrie en juin 2001 au Centre hospitalier Laurentien a permis de diminuer considérablement la liste d'attente de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme.

Faiblesses de la région

- Malgré les corridors de services établis, les médecins doivent souvent téléphoner directement à l'établissement receveur pour un accès à un examen d'investigation rapidement. Lorsque ce contact est fait, le délai est acceptable. Si la demande est acheminée par les voies normales, le délai s'avère plus long.

- Le délai d'accès est plus rapide lorsque le patient est hospitalisé.

- Les spécialistes mentionnent que certains établissements receveurs font une rétention de la clientèle, et que celle-ci est retournée dans sa région d'origine pour un suivi tardif, soit à la phase pré terminale ou terminale de la maladie.

8.2 CONSTATS EN LIEN AVEC LES ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS À VISÉE CURATIVE ET PALLIATIVE – CHIRURGIE

Accessibilité

Les centres hospitaliers des Laurentides assurent la plupart des chirurgies simples. Le Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle, Centre L'Annonciation, peut référer au Centre de Mont-Laurier. La présence des spécialistes hors région à l'intérieur de nos centres hospitaliers permet à la clientèle, ayant subi une chirurgie à l'extérieur de la région, d'avoir un suivi postopératoire au niveau local. Les soins postopératoires sont assurés dans des délais acceptables par tous les CLSC.

Corridors de services

L'accessibilité à des corridors de services intra régionaux et extra régionaux permet les références pour des chirurgies plus complexes.

Le délai pour subir une chirurgie après le diagnostic de tumeur maligne est assez rapide.

Forces de la région

- Une fois le diagnostic établi, le délai pour la chirurgie ou le traitement est assez rapide (ressources intra ou extra territoriales).

- Le délai pour la prise en charge par les CLSC, en phase postopératoire pour des soins physiques, est acceptable.

- La répartition intra régionale des types de chirurgie selon les spécialités permet une certaine rétention de la clientèle.

- La présence, à tour de rôle, des spécialistes hors région à l'intérieur de nos établissements assure une accessibilité et permet à certaines clientèles d'avoir un suivi postopératoire local malgré une intervention chirurgicale hors région.

Faiblesses de la région

- Il y a une rétention de la clientèle hors région en phase postopératoire par certains spécialistes;

- Il y a des références tardives de la clientèle traitée hors territoire vers la région de résidence.

8.3 CONSTATS EN LIEN AVEC LES ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS À VISÉE CURATIVE ET PALLIATIVE – RADIOTHÉRAPIE

Accessibilité

Les établissements de la région n'offrent pas de service de radiothérapie. Les principaux corridors de services sont établis avec la région de Montréal, au Centre hospitalier de l'Université de Montréal – Pavillon Notre-Dame et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, et avec la région de Trois-Rivières, au Centre hospitalier régional de Trois- Rivières. Le service d'hébergement de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pendant les traitements de radiothérapie est connu mais peu utilisé par la clientèle. Cette dernière préfère demeurer dans sa région de résidence afin d'être supportée par les siens.

Certaines clientèles refusent ou même abandonnent leurs traitements de radiothérapie à cause de la fatigue due à la maladie, des distances à parcourir, des frais associés et de l'éloignement de leur famille.

Un projet de Centre de radiothérapie à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme a été déposé au Ministère en octobre 1999. Ce projet permettrait la rétention de la clientèle et aurait un impact direct sur la qualité de vie des patients en traitement et sur les coûts de déplacement.

Le délai pour la première consultation d'évaluation et de planification des traitements est à l'intérieur d'un mois. Quant au délai pour le début des traitements, il varie aussi à plus ou moins un mois selon la liste d'attente et l'urgence clinique. Ici encore, le médecin peut contacter le centre receveur pour une prise en charge plus rapide.

Forces de la région

- L'accessibilité à des corridors de services avec la région de Montréal et de Trois- Rivières favorise le continuum de services.
- Les délais sont acceptables.
- Les situations d'urgence sont prioritaires.

Faiblesses de la région

- Il n'y a pas de service de radiothérapie dans la région.
- Certains patients abandonnent leurs traitements dus à l'éloignement, aux frais et au manque de support psychologique

8.4 CONSTATS EN LIEN AVEC LES ACTIVITÉS DE TRAITEMENTS À VISÉE CURATIVE ET PALLIATIVE – CHIMIOTHÉRAPIE

Accessibilité

Tous les centres hospitaliers de la région, à l'exception du Centre hospitalier St-Eustache, administrent des traitements de chimiothérapie.

L'administration de chimiothérapie au CLSC-Hôpital d'Argenteuil est menacée suite au départ de l'hémato-oncologue. Certains protocoles de chimiothérapie continuent d'être administrés avec le support clinique de l'équipe d'hémato-oncologues de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme.

L'augmentation de la demande ainsi que la complexité des traitements de chimiothérapie ont un effet direct sur le budget de pharmacie de l'hôpital. Les coûts des médicaments augmentent de façon exponentielle. La charge de travail des pharmaciens et des techniciens est de plus en plus grande. Des activités

d'enseignement et de support sont mises de côté à certains endroits à cause du manque de ressources humaines et matérielles.

Il n'y a pas de clinique spécialisée de contrôle de la douleur. Les médecins se consultent mutuellement, selon les besoins.

Certains centres hospitaliers ont un pharmacien impliqué dans l'équipe d'oncologie ou l'équipe des soins palliatifs. Il s'agit d'un intervenant ayant un rôle important dans l'équipe pour le contrôle des effets secondaires des traitements et dans l'enseignement au patient.

Partage des coûts des médicaments

Les centres hospitaliers assument les coûts des médicaments administrés à la clientèle hospitalisée et à celle des cliniques externes. Les coûts des médicaments préparés par la pharmacie de l'hôpital pour la clientèle à domicile sont aux frais de celle-ci. Certains patients sont hospitalisés pour recevoir leurs traitements ou les reçoivent à la clinique externe du centre hospitalier de manière à éviter de défrayer des coûts onéreux. Une partie d'entre eux pourrait recevoir leurs médicaments au CLSC de leur région, mais devraient alors en assumer les coûts.

Main-d'œuvre médicale spécialisée

La pénurie d'hémato-oncologues préoccupe les intervenants. Actuellement, un omnipraticien du Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle assure le suivi des patients sous traitement de chimiothérapie en partenariat avec les hémato-oncologues de l'Hôpital du Sacré-Coeur.

Aux dires des intervenants, certains patients se disent insatisfaits de l'absence de plan de traitement préétabli et de l'incohérence au niveau des approches entre les spécialistes qui se déplacent à tour de rôle dans les centres hospitaliers de la région.

Rétention de la clientèle

La clientèle ciblée ne reçoit pas nécessairement ses traitements dans la région des Laurentides. Advenant une chirurgie préalable à l'amorce des traitements de chimiothérapie dans une autre région, le suivi est assuré à cet endroit. Conséquemment, cela implique pour le client de longs déplacements et des frais élevés.

Les spécialistes mentionnent que certains établissements receveurs favorisent une rétention hors région. Ils réfèrent la clientèle vers leur région de résidence à la phase pré terminale ou terminale de la maladie.

L'équipe de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme encourage l'intégration de l'administration de certains traitements spécialisés en oncologie dans les services de base des CLSC au niveau des cliniques ambulatoires ou à domicile. L'Hôtel-Dieu de St-Jérôme est en voie de signer un protocole d'administration de produits sanguins et dérivés pour la clientèle en soins palliatifs, en phase terminale et non ambulante, avec trois CLSC des territoires environnants. L'objectif poursuivi est d'offrir des soins de confort qui permettront une meilleure qualité de vie à la personne atteinte et à sa famille.

Lieux d'administration des traitements

Les lieux d'administration des traitements varient d'un centre à l'autre. Il peut s'agir de la clinique externe ou de l'unité de soins.

Une clinique d'hémato-oncologie a été inaugurée à l'automne 2001 à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme. C'est un endroit bien aéré et bien éclairé où la clientèle dispose d'un espace vital acceptable. Il y a même des pièces fermées pour certaines situations.

Les lieux d'administration des traitements des autres établissements sont plutôt exigus, surpeuplés, très étroits et non sécuritaires. Il peut s'agir d'un bureau médical où l'on déplace les meubles pour la journée, d'un espace de rangement surchargé ou d'une installation dans le corridor. La confidentialité n'est pas assurée à cause de la promiscuité des fauteuils. Il y a aussi des risques d'accidents dus à la circulation des visiteurs dans les corridors.

La possibilité de terminer une perfusion d'un médicament antinéoplasique à domicile est accessible et le suivi est assuré par les infirmières des CLSC des territoires.

Forces de la région

- Des traitements sont accessibles dans quatre centres hospitaliers sur cinq.
- Les nouveaux locaux de la clinique externe d'hémato-oncologie de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme offrent un environnement adéquat et agréable pour les patients recevant des traitements de chimiothérapie en externe.
- Le suivi de perfusion d'un médicament antinéoplasique à domicile par les infirmières des CLSC de la région est accessible.

Faiblesses de la région

- Absence de clinique spécialisée pour le soulagement de la douleur.
- Certains lieux physiques où on procède à l'administration des traitements sont inadéquats.
- Il y a une inadéquation marquée entre la complexité des traitements et les ressources disponibles (humaines, financières et matérielles).
- La disparité dans le mode d'organisation de services entre les centres hospitaliers et les CLSC s'explique en partie par la répartition budgétaire respective.
- La clientèle doit parcourir de grandes distances pour accéder à des services et ce, particulièrement pour la clientèle au nord de la région (+250 km vers Montréal).
- Certains traitements pourraient être administrés dans un lieu autre qu'un centre hospitalier.
- On observe une iniquité du partage des coûts entre le régime d'assurance médicaments du Québec (RAMQ) et les régimes d'assurances collectives privées.

8.5 CONSTATS EN LIEN AVEC LES ACTIVITÉS D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION

Les services d'ergothérapie et de physiothérapie sont restreints dans tous les établissements de la région, autant en centre hospitalier qu'en CLSC, à cause du manque d'effectifs. La clientèle atteinte de cancer est prioritaire au détriment des autres clientèles.

Pour la clientèle hospitalisée, le délai de consultation est de quelques jours à un mois. Ce sont généralement des interventions à court terme.

La clientèle n'a pas accès à des lits de convalescence. Des ressources intermédiaires offrent certains services de base, mais les listes d'attente sont longues, ce qui a pour effet d'augmenter la durée moyenne de séjour en centre hospitalier.

Les établissements offrent des services de prêt d'équipements. Les frais associés varient d'une région à l'autre.

Les demandes de services de nutritionniste sont traitées de façon prioritaire pour les patients en soins palliatifs dans les CLSC où la ressource est disponible. Il y a beaucoup de disparité dans le type de services offerts par cette ressource.

Les ressources humaines dans le cadre du «*programme chèques emploi services*» sont manquantes dans certains territoires telles que Thérèse-de-Blainville et Argenteuil.

Sept CLSC sur sept assurent et traitent de façon prioritaire les demandes d'aide de soins intensifs de soutien à domicile (SISAD) pour les patients de soins palliatifs. L'augmentation des demandes de services fait en sorte que vers la mi-année financière, le budget SISAD du CLSC Thérèse-de-Blainville est épuisé.

8.6 CONSTATS EN LIEN AVEC LES ACTIVITÉS DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

L'accessibilité à des services de soutien psychologique varie d'un établissement à l'autre et est jugée généralement très insuffisante. Le centre hospitalier régional offre les services d'un psychologue dédié aux clientèles de soins palliatifs, quatre jours semaine, tandis qu'au Centre hospitalier Laurentien, quatre heures/semaine sont offertes.

Au Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle, Centre Mont-Laurier, les services d'une travailleuse sociale sont disponibles à raison de huit heures/semaine. Les personnes rencontrées lors de la tournée régionale ont fréquemment rapporté le manque de ce type de ressources et les besoins criants pour la clientèle en situation de crise. Globalement, le support psychologique à la clientèle est assumé par chacun des intervenants en relation directe avec celle-ci. Les intervenants déplorent le manque de soutien précoce à l'annonce du diagnostic.

Le service de pastorale du Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle, Centre de l'Annonciation, est impliqué au niveau du soutien psychologique de la clientèle en soins palliatifs.

Divers organismes communautaires impliqués auprès de cette clientèle offrent des services de soutien et d'accompagnement. Les bénévoles du groupe d'entraide Claire-Voie au Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle, Centre Mont-Laurier, sont disponibles les jours de clinique d'oncologie. Pallia-Vie dans la région de St-Jérôme et les environs, Oasis Cancer dans la région de St-Jovite et SERCAN dans la région de St-Eustache offrent aussi une disponibilité pour des visites à domicile.

Dans la région de Ste-Agathe, le soutien psychologique pour les intervenants du CLSC des Trois-Vallées, oeuvrant auprès de la clientèle en soins palliatifs, vient des pairs principalement et de l'équipe interdisciplinaire. Il n'y a pas d'activité structurée de soutien. Dans le cadre d'un projet pilote financé par la municipalité, cette dernière offre à ces intervenants les services de soutien d'un psychologue à raison d'une demi-journée par trois semaines.

Lors de la visite d'évaluation en soins palliatifs, les intervenants du CLSC des Pays-d'en-Haut assurent conjointement la première visite de l'infirmière et de l'agente en relations humaines.

Transport

Lorsqu'un patient hospitalisé doit subir un examen quelconque à l'extérieur de l'établissement, les frais de transport sont assumés par l'établissement. Par contre, certains établissements n'appliquent pas la politique de remboursement du Ministère lorsque le client est transporté par un membre de sa famille.

Quelques ressources communautaires offrent des services de transport par des bénévoles, mais ceux-ci demeurent très coûteux pour la clientèle qui doit les utiliser sur une base régulière. L'accessibilité et les coûts varient d'une région à l'autre.

Forces de la région entourant les services d'adaptation, de réadaptation et de soutien psychologique

- Il y a quelques ressources en psychologie en centre hospitalier.
- L'aide à domicile pour la clientèle atteinte de cancer ou en soins palliatifs est prioritaire en CLSC, avec un délai de moins d'une semaine.
- Sept CLSC sur sept assurent et traitent de façon prioritaire les services intensifs de soutien à domicile.
- Divers organismes de soutien à but non lucratif ont été mis en place dans la région et sont impliqués au niveau de l'accompagnement dans certaines régions.

Faiblesses de la région entourant les services d'adaptation, de réadaptation et de soutien psychologique

- Absence de soutien psychologique lors de l'annonce du diagnostic.
- Absence de mécanisme de référence précoce pour soutien à la personne atteinte.
- Iniquité dans les mécanismes de prêts d'équipements dans la région et variabilité des coûts.
- Iniquité dans les services de soutien offerts dans la région tels que disponibilité de nutritionnistes, aide à domicile, soutien psychosocial.
- Pas de mécanisme formel de soutien pour le personnel soignant.
- Iniquité dans la disponibilité des ressources humaines dans le cadre du « p*rogramme chèques emploi services*» dans la région;
- Ressources professionnelles insuffisantes : structure de postes à temps partiel.

- Augmentation des délais d'accessibilité pour les autres types de clientèles.

- Atteinte du budget de services intensifs de soutien à domicile avant la fin de l'année financière (mi-année pour le CLSC Thérèse-de-Blainville).

- Pas de lit de convalescence dans la région : l'utilisation des lits en ressources intermédiaires implique que la clientèle ne doit pas nécessiter de soins physiques et qu'il y a une longue liste d'attente. Par conséquent, la clientèle reste hospitalisée et la durée moyenne de séjour augmente.

8.7 CONSTATS EN LIEN AVEC LES ACTIVITÉS DE MÉCANISMES DE LIAISON (CH – CLSC – CABINETS PRIVÉS)

Les établissements ne disposent pas d'intervenant pivot en oncologie. Les références entre les centres hospitaliers et les CLSC sont complétées par les infirmières de liaison. Celles-ci sont présentes sur semaine seulement. Au niveau des CLSC, les références sont acheminées vers l'accueil du soutien à domicile sur semaine et vers l'Info-Santé en soirée et fin de semaine. Ainsi, toute liaison est possible 24 heures sur 24 en CLSC.

Les centres hospitaliers affirment ne pas connaître exactement l'offre de services de base accessible dans les CLSC.

La plupart des demandes sont acheminées par télécopieur, suivies d'une confirmation téléphonique. La lisibilité des documents est souvent de mauvaise qualité.

Les mécanismes de liaison entre les établissements de la région sont mieux harmonisés qu'avec les établissements de l'extérieur. Il n'y a pas de mécanisme de liaison avec les cabinets privés.

Forces de la région

- Les demandes de prise en charge par les CLSC sont traitées quotidiennement.

- Au Centre hospitalier Laurentien, des mécanismes de liaisons CH-CLSC prévoient la planification du congé par l'évaluation des besoins avant le départ de l'hôpital, incluant une rencontre de l'intervenant du CLSC pour la prise en charge.

- Le CLSC des Pays-d'en-Haut réactive sa présence au comité de liaison avec l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme de manière à harmoniser et améliorer les mécanismes de liaison en place.

- Des moyens d'harmonisation sont en place pour améliorer les mécanismes de liaison.

Faiblesses de la région

- Il n'y a pas d'intervenant pivot pour assurer les mécanismes de référence entre les différents partenaires.
- Le mode de référence (télécopieur et téléphone) demande beaucoup de procédures.
- Il est très difficile de rejoindre le médecin traitant (soir, nuit et fin de semaine).
- La pénurie de médecin pour une prise en charge de la clientèle est inquiétante.
- Il existe plusieurs iniquités quant à l'approvisionnement des fournitures médicales.

8.8 CONSTATS EN LIEN AVEC LES ACTIVITÉS DE SOINS PALLIATIFS

Tous les établissements (CH - CLSC) de la région offrent des soins palliatifs. Il y a quatorze lits réservés à cette clientèle répartis ainsi : quatre lits au Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle, centre Mont-Laurier, et deux au centre l'Annonciation, quatre lits au CLSC-Hôpital d'Argenteuil ainsi que quatre lits à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme. Deux centres ont aménagé un espace de style « milieu de vie ». Pour les autres, on tente de rapatrier la clientèle sur une même unité de soins. Certains ont une équipe interdisciplinaire spécialisée et une organisation structurée avec une philosophie « soins palliatifs » telle que reconnue par l'Association québécoise de soins palliatifs au Québec. Les ressources professionnelles, tant au niveau des soins infirmiers, du soutien psychologique que d'aide sont insuffisantes.

Six lits sont disponibles dans les centres hospitaliers de soins de longue durée pour un hébergement temporaire, soit moins de 30 jours.

Certains secteurs de la région peuvent bénéficier de l'implication d'organismes communautaires pour l'accompagnement et le soutien psychologique à domicile.

Il y a un manque d'effectifs médicaux pour effectuer les suivis en soins palliatifs à l'extérieur du centre hospitalier, s'ajoute à cela l'absence de mécanisme de liaison avec le médecin traitant. En conséquence, la clientèle est référée à l'urgence lors des situations d'inconfort, ce qui a un impact direct sur la durée moyenne de séjour.

Le Centre hospitalier Laurentien est le seul des cinq centres hospitaliers à avoir une infirmière clinicienne spécialisée en soins palliatifs. Les autres centres hospitaliers ont dédié une infirmière plus spécifiquement à cette clientèle. Cette infirmière apporte un soutien important dans la continuité des services.

Les intervenants remarquent une certaine augmentation de la volonté de mourir à domicile, mais l'intensité de soins demandés aux aidants naturels pour supporter la personne malade fait échec à ce désir. Il existe une iniquité dans les services offerts d'une région à l'autre.

Il y a un système de garde 24 heures/7 jours semaine en soins infirmiers dans tous les CLSC. La garde médicale est, quant à elle, inégale d'un CLSC à l'autre et parfois inexistante.

Les mécanismes de suivi de deuil dans les établissements sont informels.

Un projet de maisons de soins palliatifs a été présenté par un organisme communautaire en mai 2001 dans la région de St-Jérôme. Un autre projet de développement de maisons de soins palliatifs rattaché à un centre d'hébergement de soins de longue durée a été déposé à la Régie régionale en janvier 2002.

Différentes stratégies ont été mises en place pour pallier aux problèmes d'accessibilité aux narcotiques. Deux CLSC ont des trousses d'urgence entreposé[illegible]au CHSLD de sa région. Des liens avec certaines pharmacies communautaires ont été mis en place pour une disponibilité minimale de narcotiques. La pharmacie de certains centres hospitaliers peut dépanner le médecin de garde en cas d'urgence.

Les intervenants du réseau se disent épuisés et insistent sur le fait que des ressources doivent être ajoutées en soins palliatifs.

Forces de la région

- Les médecins et le personnel soignant impliqués ont un souci et un intérêt marqué pour le bien-être de la clientèle. Plusieurs initiatives sont faites au sein des établissements pour améliorer la qualité du suivi de la clientèle en soins palliatifs.

- Des activités de formation continue en soins palliatifs sont offertes au niveau régional sous forme de souper-conférence pour les médecins. Des activités ponctuelles de formation médicale continue sont aussi offertes par l'équipe médicale en place.

- Un projet a été mis sur pied pour maximiser l'expertise clinique d'infirmières ressources en soins palliatifs pour l'ensemble des CLSC de la région. Ce comité régional d'infirmières de CLSC a aussi pour mission d'harmoniser les outils de soins et favoriser le contact inter-établissements.

- Certains établissements offrent de la formation continue pour le personnel de soutien tel que les auxiliaires familiales, bénévoles, etc.

- La région bénéficie de quelques organismes bénévoles bien structurés.

- Le CHSLD Drapeau-Deschambault, du bassin sud de la région, démontre un intérêt à développer des services d'hébergement en soins palliatifs.

Faiblesses de la région

- Il y a un manque d'effectifs médicaux pour effectuer des suivis en soins palliatifs au niveau des cabinets privés.

- La région fait face à des problématiques importantes pour assurer la garde médicale.

- Il y a des iniquités dans le suivi médical à domicile. Certains médecins sélectionnent les clients qu'ils acceptent de suivre en soins palliatifs car il est impossible de répondre à la demande.
- La durée moyenne de séjour est en lien direct avec la capacité de prise en charge médicale hors centre hospitalier.
- Il y a une méconnaissance des services disponibles en CLSC.
- Les CLSC n'ont pas d'équipe interdisciplinaire formelle en soins palliatifs.
- On fait face à des difficultés d'accès aux narcotiques lorsque le besoin est immédiat.

PROCHAINE ÉTAPE

À l'automne 2002, la Direction régionale des affaires médicales et hospitalières (DRAMH) de la Régie régionale des Laurentides élargira sa consultation auprès des centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSDL), des nombreuses instances consultatives du réseau de la santé réunissant une diversité de partenaires des domaines infirmiers, médicaux et des soins de santé ainsi qu'auprès des organismes à but non lucratif. L'objectif de cette démarche est de présenter une synthèse du présent document, de recueillir leurs commentaires et d'identifier des personnes démontrant un intérêt à s'impliquer au **Comité de lutte contre le cancer des Laurentides** (CLCL). À la suite de ces rencontres et des consultations auprès des partenaires du réseau, le CLCL sera constitué. Ce dernier respectera les orientations du Programme québécois de lutte contre le cancer tant au niveau de son mandat que de sa composition. Les représentants de la Régie régionale espère tenir une première réunion du CLCL avant la fin de l'année 2002.

Dès janvier 2003, et ce, à la demande du Centre de coordination de la lutte au cancer au Québec (CCLCQ), les rencontres du CLCL devront être consacrées à l'élaboration d'un schéma régional d'organisation des services précisant la structure et la composition des équipes locales, régionales et suprarégionales d'oncologie et leurs modes d'interrelations. Ce schéma devra être entériné par la Régie régionale avant d'être déposé au CCLCQ du MSSS à la fin mars 2003. La version finale du **Plan régional d'intervention et de services intégrés de lutte contre le cancer** sera quant à lui déposé au CCLCQ à la fin mars 2004 et devra inclure les éléments suivants :

- Définir des volumes d'activités attendus et des objectifs de rétention régionale et de desserte suprarégionale visée pour les personnes atteintes de cancer, et ce, par siège tumoral.
- Établir des mesures de promotion/prévention et de dépistage pertinentes et les inclure dans le plan d'action régional en santé publique.
- Proposer des mesures visant le renforcement de la participation de la première ligne.
- Définir l'offre de services en soins de fin de vie.
- Établir des mesures visant à assurer des conditions propices à l'intégration des interventions..

Pour chacun de ces éléments, des indicateurs de résultats devront être déterminés.

Bibliographie

CONNAÎTRE POUR AGIR, *Portrait de santé de la population du territoire du CLSC Arthur-Buies, Régie régionale de la santé et des services sociaux Des Laurentides, Direction de la santé publique*, 4e trimestre 2001

CONNAÎTRE POUR AGIR, *Portrait de santé de la population du territoire du CLSC Argenteuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux Des Laurentides, Direction de la santé publique*, 4e trimestre 2001

CONNAÎTRE POUR AGIR, *Portrait de santé de la population du territoire du CLSC Jean-Olivier Chénier, Régie régionale de la santé et des services sociaux Des Laurentides, Direction de la santé publique*, 4e trimestre 2001

CONNAÎTRE POUR AGIR, *Portrait de santé de la population du territoire du CLSC Hautes Laurentides, Régie régionale de la santé et des services sociaux Des Laurentides, Direction de la santé publique*, 4e trimestre 2001

CONNAÎTRE POUR AGIR, *Portrait de santé de la population du territoire du CLSC Pays d'en Haut, Régie régionale de la santé et des services sociaux Des Laurentides, Direction de la santé publique*, 4e trimestre 2001

CONNAÎTRE POUR AGIR, *Portrait de santé de la population du territoire du CLSC Thérèse de Blainville, Régie régionale de la santé et des services sociaux Des Laurentides,* Direction de la santé publique, 4e trimestre 2001

CONNAÎTRE POUR AGIR, *Portrait de santé de la population du territoire du CLSC Trois-Vallées, Régie régionale de la santé et des services sociaux Des Laurentides*, Direction de la santé publique, 4e trimestre 2001

PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ, *Librairie Larousse*, Paris, 1982

DICTIONNAIRE DES TERMES TECHNIQUES DE MÉDECINE, *20e édition, Garner Delamare, Maloine S.A. Éditeur*, Paris, 1980

QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998. Québec*, Le Ministère..., mars 2001. 252 pages (Analyse et surveillance 14)

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, POUR LUTTER EFFICACEMENT CONTRE LE CANCER, FORMONS ÉQUIPE, Ministère de la santé et des services sociaux, Comité consultatif sur le cancer, octobre 1997

ANNEXE I

Une infirmière pivot en oncologie, un soutien pour la personne atteinte de cancer, ses proches et l'équipe interdisciplinaire, Sylvie Castonguay B.Sc.Inf., Hôtel-Dieu de St-Jérôme, novembre 2001

HÔTEL-DIEU DE
SAINT-JÉRÔME
Centre hospitalier régional
Direction des Soins Infirmiers

Projet

UNE INFIRMIÈRE PIVOT EN ONCOLOGIE

Un soutien pour la personne atteinte de cancer,

ses proches et l'équipe interdisciplinaire

Réalisé par

Sylvie Castonguay B.Sc.Inf.

Chef d'unité 5e A et Clinique Externe Hémato-Oncologie

Révisé par

Chantal Labrecque M.Sc.Inf.

Infirmière clinicienne spécialisée en médecine

Hôtel Dieu de Saint-Jérôme

Novembre 2001

TABLE DES MATIÈRES

- Problématique du cancer 3
- Impacts d'un manque de coordination des soins et des services 4
- Vision de l'intervenant pivot 6
- Rôles de l'intervenant pivot 6
- Compétences et habiletés requises pour être un intervenant pivot 8
- Opérationnalisation du service d'intervenant pivot 8
  - → Situation actuelle 8
  - → Avantages et buts visés 9
  - → Perspective d'avenir et objectifs organisationnels 9
- Conclusion 10
- Bibliographie 11

Problématique du cancer

Malgré la progression des connaissances et l'amélioration des capacités d'intervention, le cancer est devenu la seconde cause de mortalité au Québec. Il est responsable de près de 30% des décès.

En 1997, la projection de l'incidence du cancer évoquait qu'en 2001, il pourrait y avoir 35768 nouveaux cas de cancer diagnostiqués. Derrière ce constat, il y a des personnes atteintes par le diagnostic de cancer mais aussi des proches tourmentés et éprouvés dans leur quotidien. La personne vit une crise profonde lorsqu'elle apprend son diagnostic de cancer. Toute sa globalité humaine se voit bouleversée et l'être biopsychosocial d'auparavant est à présent transformé. Sur le plan physique, la personne nécessite souvent un soulagement de la douleur et des symptômes dérivant des traitements utilisés pour contrer la maladie. Le plan psychosocial, quant à lui, requiert une attention particulière étant donné le fait que chaque personne est unique dans son processus d'adaptation au cancer. La personne doit aussi s'y retrouver dans le système de santé : multitude d'intervenants, complexité de la maladie, nombreux examens diagnostiques, manque d'information et de support, etc.

Les intervenants du système de santé ont pour objectifs, entre autre, la guérison des symptômes physiques, la prévention et le soulagement de la détresse émotionnelle mais ils aident aussi le malade et son entourage à s'adapter à la maladie et à maintenir une qualité de vie optimale.

L'évolution des pratiques et des structures organisationnelles des services, le virage ambulatoire de même que le besoin de continuité et de concertation dans les soins sont à la base des transformations importantes des pratiques cliniques et organisationnelles dans le système de santé. Le Comité consultatif sur le cancer a déposé ses recommandations en 1997, sous la forme d'un document intitulé : **P**rogramme **Q**uébécois de **L**utte contre le **C**ancer: Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe. Plus d'une centaine de spécialistes de plusieurs disciplines et de partout au Québec ont participé à enrichir le PQLC. Ce dernier valorise une organisation des services à partir de valeurs telles le respect, l'équité, l'accessibilité en fonction des besoins et il met l'emphase sur une approche holistique auprès de la personne. Le PQLC prévoit que partout ou des traitements contre le cancer sont offerts, les personnes pourront bénéficier de l'assistance d'un intervenant pivot. L'intervenant pivot représente un changement positif dans le contexte actuel. Sa globalité d'action vise à réduire l'effet d'un diagnostic de cancer sur les personnes atteintes et leur famille du début de la maladie jusqu'à la fin de vie. Il offre soutien et information, continuité et coordination des soins.

Dans le cadre de la clinique externe d'hémato-oncologie, nous croyons que ce concept devrait être ajouté aux ressources déjà en place, et ce, pour le bénéfice non seulement des personnes atteintes d'un cancer et de leur famille mais aussi auprès des membres de l'équipe multidisciplinaire.

Dans ce document, qui se veut l'ébauche d'un projet d'implantation d'un intervenant pivot auprès de la clientèle oncologique, nous avons déterminé qu'est-ce qu'un intervenant pivot, quel est son rôle et quelles sont les compétences nécessaires pour exercer ce rôle. Nous avons aussi évalué de façon suscinte l'impact ainsi que la nécessité de la présence d'un intervenant pivot en oncologie à l'Hôtel Dieu de Saint-Jérôme.

Parce que l'infirmière possède une formation lui permettant d'oeuvrer sur tous les aspects bio-psycho-sociaux d'une personne et de son problème de santé, elle nous semble donc la professionnelle la plus habilitée pour assurer la fonction d'intervenant pivot. À partir de ce moment, nous emploierons le terme intervenant pivot afin de représenter l'infirmière comme étant l'axe central d'intervention auprès de la clientèle.

Impacts d'un manque de coordination des soins et des services

Le manque de coordination des soins et des services représente des effets négatifs tant au niveau financier qu'au niveau des inconvénients subis par les personnes atteintes de cancer ainsi que par les professionnels de la santé.

En voici quelques-uns :

1. Perte de temps
2. Répétition de la collecte de données
3. Dédoublement des examens diagnostiques
4. Circulation déficiente d'information entre les divers intervenants
5. Interventions non exécutées ou retardées
6. Détérioration de l'état physique ou psychologique du patient étant donné l'accès difficile aux ressources

En regard de la détérioration de l'état physique ou psychologique du patient, nous avons fait une brève étude afin de documenter la question suivante :

« Est-ce que les patients suivis en oncologie à l'Hôtel Dieu de Saint-Jérôme auraient pu éviter une visite à l'urgence et les inconvénients s'y rattachant, s'ils avaient pu se référer à une infirmière pivot ? » **Voir annexe 1**.

La cueillette de données nous révèle qu'entre le 1er avril 2000 et le 31 mars 2001, 293 patients suivis en oncologie à l'Hôtel Dieu de Saint-Jérôme se sont présentés à l'urgence de l'Hôtel Dieu de Saint-Jérôme. De ce nombre, 49% étaient des hommes et 51% étaient des femmes, avec une moyenne d'âge de 63 ans pour le groupe des hommes et 61 ans pour le groupe des femmes. La majorité des patients provenait du domicile. Durant la période visée, 94% des 293 patients soit 275 patients ont été hospitalisés tandis que 18 patients ont reçus leur congé suite à une ou plusieurs interventions médicales et nursing représentant 6% du nombre. Nous sommes davantage interpellés par ceux qui sont venus et qui ont reçus dans la même journée leur congé car ce sont ces patients qui auraient le plus bénéficié du service d'un intervenant pivot et éviter la salle d'urgence. Concrètement, nous croyons que si un intervenant pivot était présent en oncologie, ce dernier pourrait :

Au niveau support

- Recevoir un appel du patient avant même qu'il y ait une détérioration accrue de son état physique.

- Rencontrer le patient à la clinique externe d'oncologie au besoin. Rassurer le patient et ses proches car il connaît le cheminement thérapeutique du patient.

- Faire une relance téléphonique 24-48 heures post visite.

Au niveau évaluation

- Évaluer les besoins du patient et collecter les données.

Au niveau information

- Orienter le patient vers les bonnes ressources.

Au niveau pivot

- Coordonner les différents examens diagnostiques de concert avec d'autres professionnels du centre hospitalier ou de la communauté. Faire rapidement le suivi avec le médecin.

Au niveau prévention

- Éviter une hospitalisation.

Vision de l'intervenant pivot

L'intervenant pivot est un agent d'intégration des soins et des services. Il a la responsabilité d'établir avec le patient et son réseau de support, un plan de service basé sur ses besoins. Il s'assure que les services rendus sont bien dispensés en fonction de son état. L'intervenant pivot est facilement accessible et représente un élément de stabilité pour le patient. Il est soucieux d'assurer la continuité des soins. Son intervention est globale et vise à amoindrir l'effet d'un diagnostic de cancer chez la personne atteinte et ses proches du début de la maladie jusqu'à la fin de vie.

Le comité consultatif a réalisé une étude qualitative des besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches. Celle-ci révèle que leurs principaux besoins sont :

① L'humanisation des relations avec les différents intervenants.
② L'utilisation d'un langage simple.
③ La participation aux prises de décisions les concernant.
④ La facilité à entrer en contact avec un membre de l'équipe d'oncologie.
⑤ L'accessibilité à l'information et au soutien psychosocial dès l'annonce du diagnostic.

Évidemment, l'intervenant pivot peut répondre à une partie de ces besoins particulièrement au niveau de l'information, du soutien et de la coordination des soins, mais il n'est pas nécessairement l'acteur principal à toutes les étapes du traitement. Il œuvre en collaboration avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire et en même temps facilite le travail de chaque professionnel qui doit répondre à une demande de plus en plus grandissante.

Rôle de l'intervenant pivot

L'intervenant pivot n'est ni plus ni moins qu'un axe rotatoire qui assume des tâches d'évaluation, de coordination, d'information et de soutien en collaboration avec l'équipe d'oncologie tant à l'interne qu'à l'externe. Voici une brève description des différentes fonctions de l'intervenant pivot tels que nous les prévoyons :

<u>Volet clinique</u>

- Évaluer les besoins de la personne atteinte d'un cancer et ceux de ses proches dès l'annonce du diagnostic :

  - planification d'une rencontre;
  - évaluation de l'impact du diagnostic;
  - vérification de sa compréhension de la maladie.

Volet formation

✣Informer la personne atteinte et ses proches :

- information donnée concernant la maladie, la chirurgie, le traitement (chimiothérapie et ou radiothérapie).
- renseignements donnés concernant les différentes ressources communautaires existantes (CLSC, Pallia-Vie, Association Québécoise du Cancer, etc).
- aide à soutenir et à développer des mécanismes d'adaptation.
- assure d'exprimer sa disponibilité.

✣Participer à la formation des infirmières en oncologie (tant à l'unité qu'à la clinique) en partageant ses connaissances, en fonction des besoins du personnel.

Volet consultation

✣S'assurer de la continuité des interventions autant entre les différents intervenants qu'entre les lieux de traitements.

- information donnée aux différents intervenants.
- présence hebdomadaire aux équipes interdisciplinaires d'oncologie tenues à l'unité d'oncologie et discute d'un plan d'intervention avec les intervenants qui auront, durant une phase ou l'autre du traitement, un rôle de premier plan.
- fait visiter l'unité d'oncologie et/ou la clinique externe avant un premier traitement afin de faciliter l'intégration des soins.
- s'assure que le patient a ses coordonnées et qu'il connaît les moments où il peut s'adresser à lui.

Volet recherche

✣Participer activement aux études cliniques en assurant un support accru aux professionnels impliqués.

Compétences et habiletés recherchées auprès de l'intervenant pivot

Certaines compétences sont essentielles pour exercer une aide significative auprès des personnes qui sont touchées de près ou de loin par la problématique du cancer. L'intervenant pivot se doit de :

1. Faire partie d'une équipe interdisciplinaire;
2. Établir un partenariat étroit avec le médecin;
3. Être capable d'évaluer des situations complexes, tant sur le plan physique que psychosocial et d'initier les interventions nécessaires;
4. Posséder des connaissances en oncologie sur la maladie et ses traitements, le soulagement des symptômes et l'adaptation sociale ainsi que de participer à des colloques, formations, mises à jour en oncologie;
5. Être disponible et de faire connaître sa disponibilité aux patients et autres professionnels;
6. Répondre aux appels d'une façon fiable et rapide;
7. Connaître les outils pour établir une relation d'aide avec le patient le plus tôt possible.
8. Être le porte-parole de la personne atteinte d'un cancer.
9. Être versatile
10. Être opérationnelle
11. Faire face quotidiennement à des situations de crise.

Opérationnalisation d'un service d'infirmière pivot en oncologie à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme

Situation actuelle :

- Hausse du volume d'activité
- Hausse de ratio patient/md et patients/infirmière
- Baisse des ressources médicales
- Difficulté de recrutement médical
- Nombreux appels reçus tant à la clinique externe qu'à l'unité (surtout les fins de semaine)
- Attente à l'urgence avant de voir le médecin si jugé non prioritaire.
- Pas de suivi post premier traitement à domicile par une relance téléphonique.

Avantages et buts visés :

- Diminuer le coût des services
- Diminuer les visites à l'urgence de cette clientèle
- Diminuer les hospitalisations
- Éviter les doublements
- Assurer de la faisabilité des interventions
- Prévenir ou éviter certaines crises
- Diminuer les appels téléphoniques adressés au médecin
- Assurer un retour d'appel rapide
- Baisser l'anxiété du patient
- Faciliter l'intégration du patient au système de santé
- Améliorer la qualité d'un service selon une approche individuelle centrée sur la clientèle

Coût organisationnel :

- Salaire annuel d'une infirmière bachelière = ~ 61,891$

Perspective d'avenir et objectifs organisationnels

- Ajout d'une infirmière clinicienne spécialisée en oncologie ou une infirmière bachelière à temps complet.
- Choisie selon les compétences requises et mentionnées précédemment.
- Responsable de son travail et autonome dans la gestion de son temps.
- Projet qui pourrait faire l'objet d'un essai pour une période de 6 mois après quoi il serait réévaluer.
- Possibilité de travailler en réseau intégré.

Conclusion

La qualité des services doit être une de nos préoccupations constantes afin de mieux répondre aux besoins de notre clientèle en oncologie. Les notions de continuité des services, de soutien apporté aux personnes atteintes de cancer ainsi qu'à leurs proches, autant que la perspective des traitements donnés sont des aspects importants lorsque l'on parle de lutte contre le cancer.

Le PQLC offre plusieurs pistes pour solutionner différentes lacunes au sein de notre système de santé en tant qu'offre de services. L'ajout d'une ressource telle un intervenant pivot fait partie de ces pistes. Nous croyons qu'à l'Hôtel Dieu de Saint-Jérôme le souci d'offrir à notre clientèle des soins humanistes, individualisés et centrés sur le respect de la personne font parti de nos priorités. Cette notion est nouvelle dans notre pratique clinique et tente de se répandre dans le réseau de la santé. Nous souhaitons être innovateurs, d'autant plus que nous risquons non seulement d'obtenir un effet considérable sur la qualité des services, mais aussi de permettre une légère diminution d'achalandage de cette clientèle à l'urgence, et ainsi d'envisager une diminution des coûts des services.

Nous prévoyons que l'implantation de ce service représente un large défi, et peut susciter, à court terme, un investissement supplémentaire. Mais à moyen terme, les bénéfices humains et financiers seront considérables.

Bibliographie

A. Fraser — Pour une meilleure compréhension des besoins des personnes atteintes de cancer, document produit pour le comité consultatif sur le cancer, Québec, ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1995, 89p.

L. Filion, D. Morin et L. St-Laurent — Description du concept de l'intervenant pivot : approche théorique et qualitative, rapport présenté à l'équipe de recherche sur le dossier clinique informatisé en Oncologie, Québec, Université Laval, 2000, 54p.

M. De Serres et N. Beauchesne — L'intervenant pivot en oncologie, un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer. Québec, CQLC, Novembre 2000

Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Octobre 1997. Programme québécois de lutte contre le cancer.

ANNEXE II

Guide de soins pharmacologiques en oncologie,
Alain Beauparlant pharmacien-oncologie,
Hôtel-Dieu de St-Jérôme, mars 2000

ANNEXE II

Guide de soins pharmacologiques en oncologie,
Alain Beauparlant pharmacien-oncologie,
Hôtel-Dieu de St-Jérôme, mars 2000

HÔTEL-DIEU DE
SAINT-JÉRÔME
Centre hospitalier régional
Département de pharmacie

Guide de soins pharmaceutiques en oncologie

Alain Beauparlant
Pharmacien-oncologie
Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme

Mars 2000

Table des matières

1. Introduction
2. Définition
3. Démarches chronologiques des soins pharmaceutiques
   - 3.1 Établir la relation patient-pharmacien
   - 3.2 Recueillir les renseignements pertinents
   - 3.3 Analyse de l'information (PRPO)
   - 3.4 Élaboration du plan de soins
   - 3.5 Mise en place du plan de soins
   - 3.6 Réévaluation du plan de soins
4. Conclusion
5. Référence

1. INTRODUCTION

Ce guide s'adresse aux pharmaciens œuvrant dans le domaine de l'oncologie, qui désirent mettre en application dans leur pratique quotidienne, le concept des soins pharmaceutiques en prodiguant à leurs patients, atteints de cancer des soins de la plus grande qualité. [1]

L'American Society of Health-System Pharmacists définit d'ailleurs, la pratique pharmaceutique en oncologie comme un champ spécialisé où la responsabilité est d'assurer une utilisation appropriée, sécuritaire et économique des médicaments. [2]

Pour jouer ce rôle unique, le pharmacien d'oncologie doit d'abord posséder de multiples connaissances qu'il doit maintenir à jour : la physiopathologie des diverses néoplasies, les protocoles de traitement du cancer, les doses appropriées, les techniques d'administration adéquates, les mécanismes de toxicité, etc... Il doit s'assurer également que la dispensation des produits, stériles ou non, s'effectue dans le respect des normes de base d'un service de pharmacie oncologique, c'est à dire de façon efficace et sécuritaire. [3] [4] Il doit également participer, avec l'équipe médicale, à l'élaboration et la mise en application des règles d'utilisation des médicaments.

Sur cette base solide de connaissances et de politiques et procédures clairement établies, le pharmacien d'oncologie doit finalement pouvoir prodiguer à ces patients des soins de la meilleure qualité possible. Lorsqu'on connaît la définition des soins pharmaceutiques, il peut, à prime abord, sembler paradoxal de parler de ce concept global dans un champ de pratique que l'on veut «spécialisé».

2. *DÉFINITIONS*

> « Les soins pharmaceutiques sont l'ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient, afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative.» [5]

Deux des caractéristiques essentielles des soins pharmaceutiques sont rencontrées dans tout domaine : une orientation vers la qualité des résultats de la thérapie et la responsabilisation du pharmacien vis-à-vis le patient envers l'atteinte des objectifs.

Nous présentons dans ce guide, les étapes nécessaires à la prestation de soins pharmaceutiques de qualité dans le domaine de l'oncologie. [7]

Ces étapes correspondent au modèle adapté par la Faculté de Pharmacie de l'Université de Montréal [8]

1. Établir la relation patient-pharmacien
2. Recueillir les renseignements pertinents
3. Analyse de l'information (PRPO)
4. Élaboration du plan de soins
5. Mise en place du plan de soins
6. Réévaluation du plan de soins

Voici les six types de problèmes adaptés à la pratique en oncologie que sont les PRPO (oncologie).

PRPO 1	Concordance protocole-diagnostic
PRPO 2	Vérification contenu du protocole
PRPO 3	Vérification du mode d'administration
PRPO 4	Prévention des effets indésirables
PRPO 5	Détection interactions
PRPO 6	Évaluation fidélité du patient au traitement

3. *DÉMARCHE CHRONOLOGIQUE DES SOINS PHARMACEUTIQUES*

3.1 Établir la relation patient-pharmacien

La première étape des soins pharmaceutiques consiste à établir le contact avec le patient. Cette étape est primordiale car «l'établissement» de la relation de confiance avec le patient est souvent une étape déterminante dans l'atteinte de résultats thérapeutiques.[8]

Le pharmacien devra donc :

- S'identifier auprès du patient;
- Aborder le patient avec courtoisie et respect;
- Lors de la première rencontre : expliquer les objectifs de l'entrevue;
- Maintenir la relation de confiance.

3.2 Recueillir les renseignements pertinents : (annexe 1)

Afin d'assurer des services de qualité, il est essentiel de bien connaître les attentes et les besoins du patient. Pour ce faire, le pharmacien a accès à plusieurs sources d'information qu'il devra utiliser au maximum. Le patient et/ou sa famille représente la source primaire d'information; cependant, la communication avec les différents professionnels de la santé, individuellement ou lors de rencontres multidisciplinaires, la consultation du dossier médical est aussi essentielle à la collecte de l'information nécessaire. Le pharmacien devra recueillir de l'information sur les sujets suivants :

- Diagnostic (pathologie et stade);
- Antécédents médicaux;
- Poids, taille, âge, surface corporelle;
- Si traitement antérieur de chimiothérapie : effets indésirables et réponse aux anti-émétiques;
- Plan de traitement;
- Type de protocole, fréquence, etc…
- Tests de laboratoire pertinents.

3.3 Analyse de l'information (PRPO)

Nous savons tous que les antinéoplasiques représentent une classe pharmacologique avec un index thérapeutique étroit. La moindre erreur dans le choix du médicament ou du calcul de la dose peut avoir des effets néfastes. Le pharmacien doit procéder à une analyse minutieuse des informations recueillies afin d'éviter les erreurs et les complications [9-10]. Le pharmacien doit posséder une solide connaissance sur les médicaments. Le pharmacien doit aussi participer à l'élaboration et à la mise à jour de règles d'utilisation des médicaments du formulaire thérapeutique et des protocoles de traitement afin de standardiser la pratique et diminuer les risques d'oublis fâcheux.

Dans ses activités quotidiennes, il devra :

- S'assurer de la concordance du protocole par rapport au diagnostic et à l'ordonnance (PRPO I)

- Vérifier le contenu du protocole (PRPO 2) :

  - Médicaments utilisés;
  - Dose selon poids/taille/surface corporelle;
  - Dose selon les tests de laboratoires;
  - Dose selon la condition du patient (ex. : âge);
  - Voie d'administration;
  - Durée, séquence, fréquence du protocole.

- Vérifier le mode d'administration (PRPO 3)

  - Dilution;
  - Stabilité;
  - Ordre d'administration (selon le potentiel vésicants et/ou interactions);
  - Durée des perfusions
  - Voie d'accès (cathéter central ou périphérique)

- Prévenir et assurer le suivi des effets indésirables et adverses (PRPO 4)

Le pharmacien joue un rôle important dans la prévention des effets indésirables reliés à la chimiothérapie. Le pharmacien doit développer le réflexe d'envisager pour chaque patient tous les effets indésirables potentiels. De plus, malgré ces mesures préventives, il n'est pas exclu que des effets secondaires surviennent. Il doit alors savoir comment adapter la pharmacothérapie du patient en tenant compte de ces nouveaux paramètres.

- Détecter les interactions (PRPO 5)

  - Avec les médicaments d'ordonnance (ex. : 6- MP – Allopurinol);
  - Avec les médicaments en vente libre;
  - Avec de l'alcool;
  - Avec les produits naturels etc…

- Évaluer la fidélité du patient à son traitement (PRPO 6)

Le pharmacien doit s'assurer de la fidélité. En cas de non fidélité, le pharmacien doit en identifier les causes avec le patient et y remédier en trouvant une solution acceptable pour lui.

Dans le contexte du virage ambulatoire, le pharmacien doit s'assurer que son patient aura accès à l'information, à la médication requise en contactant (si nécessaire) les ressources externes mises à la disposition du patient (pharmacie d'officine CLSC, etc…) cf transfert de dossier (Annexe 3).

3.4 *Élaboration du plan de soins*

Une fois les problèmes potentiels ou réels identifiés, le pharmacien établit un plan de soins (Ex. : annexe 2). De par sa nature, le cancer (ou les complications directement associées à la thérapie anticancéreuse) représentera généralement le principal problème de santé pour le patient et le pharmacien devra s'attarder à la résolution (ou à la prévention) de problèmes reliés à cette maladie. Cependant, si le patient ou le pharmacien identifient des problèmes plus importants ou plus urgents, le pharmacien devra alors accorder la priorité à ces problèmes et au besoin référer le patient vers des ressources adéquates. De plus, à partir des informations recueillies, le pharmacien devra clairement identifier les actions les plus acceptables pour le patient, les résultats recherchés et il devra aussi établir les paramètres à surveiller ainsi que la fréquence du monitorage à effectuer. Par exemple, sa connaissance des médicaments et des mécanismes de toxicité lui permet d'établir des modalités de prévention des effets indésirables adaptés à chaque patient. Voici une liste (non exhaustive) des effets indésirables possibles ainsi que quelques stratégies qui sont utilisées afin de les éviter.

- Cardiotoxicité :
  - Suivi des doses cumulatives (ex. : anthracyclines)
  - Ventriculographie/échographie
  - Cardioprotection (ex. : dexrazoxane)[?]
  - Perfusion continue vs intermittente
- Hypotension :
  - Dilution
  - Vitesse d'administration
- Mucosites/diarrhées :
  - Réduction des doses
  - Cryothérapie
  - Bonne hygiène buccale
- Myélosuppression :
  - Vérification de la formule sanguine
  - Prévoir l'utilisation de facteurs de croissance
  - Réduction des doses
  - Retarder l'administration de la chimiothérapie
  - Amifostine [?]

[?] mesures non recommandées de routine

- Néphrotoxicité :
  - Alcalinisation de l'urine
  - Hydratation (IV ou PO)
  - Ajout d'un diurétique osmotique
  - Allopuridol
  - Utilisation de solutions hypertoniques
  - Amifostine ?
- Neurotoxicité :
  - Amifostine ?
  - Réduction de la vitesse d'administration (ex. : ifosfamide)
- Ototoxicité :
  - Audiogramme;
  - Éviter l'utilisation d'autres médicaments ototoxiques
- Photosensibilité :
  - Écran solaire
- Potentiel émétique du protocole : (Annexe 2)
  - Protocole anti-émétique (et/ou autre mesure non pharmacologique) adéquat selon le traitement administré.
- Toxicité pulmonaire :
  - Suivi des doses cumulatives (ex. : bléomycine)
- Toxicité oculaire :
  - Gouttes de dexaméthasone;
  - Larmoiement 5FU (larmes artificielles)
- Toxicité génito-urinaire :
  - Hydratation
  - Irrigation vésicale
  - Mesna
  - Horaire d'administration (ex. : cyclophosphamide PO le matin)

3.5 Mise en place du plan de soins

Le pharmacien discute ensuite du plan de soins avec l'équipe médicale. Au besoin, il réajuste son plan en fonction des informations supplémentaires apportées par l'équipe. S'il le juge à propos, le plan de soins devrait apparaître au dossier médical du patient afin de documenter les interventions du pharmacien et de favoriser la communication avec les autres professionnels qui participent aux soins du patient.

Le patient doit aussi être informé du plan de soins afin de participer activement à son traitement. Le pharmacien devra donc expliquer au patient les buts du traitement, les effets indésirables possibles ainsi que les modalités retenues afin de les éviter. Des informations écrites devraient également être remises au patient. [11-12]

Les autres pharmaciens susceptibles d'entrer en contact avec le patient devraient aussi être au courant du plan de soins (et de son évolution), afin de pouvoir remplacer efficacement, le cas échéant, le pharmacien qui aura élaboré le plan.

Dans le contexte du virage ambulatoire, il est de plus en plus probable qu'une partie des services pharmaceutiques soit prodigué en-dehors du centre hospitalier. Il est donc essentiel d'établir une communication ente le pharmacien d'établissement et le pharmacien d'officine. Afin d'assurer le continuité des soins, le pharmacien doit utiliser des outils servant à la diffusion efficace de l'information (Voir annexe 3).

Le pharmacien peut communiquer les renseignements pertinents à la continuité des soins pharmaceutiques au pharmacien d'officine. Au préalable, il est important et nécessaire d'obtenir le consentement verbal du patient car ces formulaires contiennent des données confidentielles.

Le pharmacien d'établissement remet au patient, le formulaire à l'intention du pharmacien d'officine (Annexe 3).

Le pharmacien d'établissement conserve une copie et remet une copie au dossier médical du patient afin de faire le suivi du plan de soins, si nécessaire.

3.6. Réévaluation du plan de soins

En acceptant la responsabilité de prendre en charge la pharmacothérapie du patient, le pharmacien s'engage à s'assurer que celui-ci reçoive le meilleur traitement possible. Le pharmacien devra s'assurer que la pharmacothérapie permet au patient d'atteindre et de maintenir les buts fixés au départ en collaboration avec l'équipe médicale.

Le plan de soins est un processus dynamique c'est-à-dire qu'il est en constante évolution et doit pouvoir être modifié selon la réponse du patient. Selon les paramètres établis au point 3.4, le pharmacien devra réévaluer périodiquement le plan de soins et l'adapter au besoin.

L'atteinte des buts pharmacothérapeutiques fixés au départ ne doit pas se faire au prix d'effets indésirables inacceptables pour le patient. Celui-ci devra donc participer à l'évaluation de la réponse à son traitement et l'évaluation du plan de soins devra tenir compte de ses commentaires.

4. *Conclusion*

La mise en place de soins pharmaceutiques en établissement de santé représente, sans aucun doute, un défi et un idéal de pratique. Cette pratique exige un investissement important en temps-pharmacien. L'évolution de notre pratique devra donc se faire en parallèle avec une réorganisation de notre travail, une délégation d'actes à du personnel technique ainsi qu'une modification des méthodes de fonctionnement. Ceci permettrait au pharmacien de jouer plus efficacement son rôle de spécialiste de la pharmacothérapie en prodiguant des soins pharmaceutiques.

Références

1. Task force on specialty recognition of oncolgy pharmacy practice. Executive summary of petition requesting speciality recongnition of oncology pharmacy practice. Am J. Hosp. Pharm., 1994, 51 :219-24.

2. Holcombe BJ, Oncology pharmacy as a speciality. Am J. Health-Syst Pharm. 1996, 53 :734.

3. Regroupement des pharmaciens en oncologie de l'APES. Guide de stabilité et directives techniques dans : Recueil d'informations pharmaceutiques en oncologie APES. Mai 1996.

4. Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Lignes directrices sur la manutention et l'élimination des substances pharmaceutiques dangereuses (médicaments cytotoxiques compris), Août 1994.

5. Ordre de pharmaciens du Québec, Guide des soins et services pharmaceutiques en centre hospitalier, 1994, 49p.

6. Ducharme P. Soins pharmaceutiques : pour continuer la réflexion et amorcer l'action : L'ordonnace, mai/juin 1993, 19-20.

7. Strand LM, Cipolle RJ et Morley PC. Les soins pharmaceutiques, une introduction. Mars 1992, 35p. *Commandité par la compagnie Upjohn du Canada.*

8. Manuel du clinicien associé. Enseignement clinique 1. PHM 4871 : Établissement de santé. Faculté de Pharmacie, Université de Montréal, 1996-97, 9-17.

9. Cohen MR, Anderson RW, Atillio RM et coll. Preventing medication errors in cancer chemotherapy. Am J Health-Syst Pharm. 1996, 53 : 737-46..

10. Lunik MC, Peters BG, Wilson AL. Quality-improvement processes in an oncology pharmacy service. Am J Health-Syst Pharm. 1996, 53 : 757-9.

11. Broadfield, L. Pharmaceutical care. J. Oncol. Pharm. Practice, 1995, 1 : 12-14.

12. Ignoffo, RJ. Preventing chemotherapy errors. Am J. Health-Syst. Pharm. 1996, 53 :733.

ANNEXE III

La maison Raymond Blais, résidence spécialisée en soins palliatifs, Bassin sud des Laurentides, janvier 2002

Projet présenté par le CLSC-CHSLD Thérèse-de-Blainville
(établissements fusionnés CHSLD Drapeau Deschambault
et CLSC Thérèse-de-Blainville, automne 2002)

LA MAISON RAYMOND BLAIS

résidence spécialisée en soins palliatifs

BASSIN SUD DES LAURENTIDES
projet en partenariat avec la communauté

Janvier 2002

TABLE DES MATIÈRES

LE COMITÉ PROMOTEUR 1

HOMMAGE AU DR RAYMOND BLAIS 2

LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES 3

LE CONTEXTE RÉGIONAL 3

L'ORGANISATION 4

UN LIEU ADAPTÉ 5

LA CONTRIBUTION DE LA COMMUNAUTÉ 5

APERÇU DU BUDGET ANNUEL DE FONCTIONNEMENT 7

LE COMITÉ PROMOTEUR

Pour réaliser un tel projet, il faut des gens qui s'impliquent et qui croient en l'avenir des soins palliatifs. Des gens qui veulent offrir à la population qu'ils desservent la meilleure qualité de services qui soit non seulement en terme de qualité de services professionnels, mais également en terme d'environnement physique adapté.

Cette équipe se forme des personnes suivantes:

- Yvon Beauchamp Md, responsable des soins palliatifs au CHSLD Drapeau Deschambault
- Odile Chevalier, Pharmacienne, CHSLD Drapeau Deschambault
- Mariette Brabant, Directrice des services à la clientèle, CHSLD Drapeau Deschambault
- Lucie Lauzon, Md, CHSLD Drapeau Deschambault
- Jocelyne Lacasse, chef de service soins infirmiers, Centre Hubert Maisonneuve
- Lise Fortin, chef de service soins infirmier, Centre Drapeau Deschambault
- Jocelyne Trudel, chef du service des loisirs et bénévoles, CHSLD Drapeau Deschambault
- André Poirier, Directeur général, CHSLD Drapeau Deschambault

INTRODUCTION

Le CHSLD Drapeau Deschambault offre des services structurés de soins palliatifs à la population de la MRC Thérèse de Blainville depuis 1987. C'est avec l'ouverture de la partie Deschambault (132 lits) que 8 lits d'hébergement temporaires étaient utilisés en partie pour recevoir des personnes en phase terminale. Dès le début, une équipe multidisciplinaire était formée pour répondre plus spécifiquement aux besoins de ces personnes et très rapidement ils se sont dotés d'instruments de développement pour assurer une qualité toujours améliorée de services.

En 1989, grâce à l'implication très dynamique de ces professionnels, inspirés par le **Dr Raymond Blais** qui a toujours voué un intérêt manifeste pour les soins aux mourants, l'établissement adoptait son "**programme d'intervention multidisciplinaire en soins palliatifs**".

Au fil des ans l'intérêt pour les soins palliatifs n'a fait qu'augmenter pour ces intervenants qui ont développé un savoir faire exemplaire reconnu dans le milieu. L'établissement, seul ou avec le concours du CLSC Thérèse de Blainville a, au fil des ans, organisé deux colloques d'envergure nationale sur le sujet en plus d'organiser par le biais du comité de formation médicale continue plusieurs conférences midi auxquelles étaient invités les intervenants du territoire.

Aujourd'hui, ayant acquis une solide expertise et étant reconnu dans son milieu pour la qualité des services offerts aux mourants, le CHSLD Drapeau Deschambault souhaite offrir à la population du bassin sud des Laurentides une organisation de soins palliatifs qui répond encore mieux à ses besoins.

Le projet de Maison de soins palliatifs qui vous est exposé dans les pages qui suivent s'inspire largement de l'expérience réussie de la Maison Michel Sarrazin située à Québec. La maison Victor Gadbois située en Montérégie est également un modèle inspirant surtout pour son approche humaine auprès des malades et de leur famille et pour son organisation architecturale.

HOMMAGE AU DR RAYMOND BLAIS

Les instigateurs de ce projet sont particulièrement désireux de reconnaître la contribution remarquable du **Dr Raymond Blais** autant dans la communauté thérésienne qu'auprès de la clientèle du CHSLD Drapeau Deschambault, c'est pourquoi ils proposent de donner son nom à la maison qu'ils conçoivent aujourd'hui comme le prolongement de l'œuvre qu'il a largement contribué à mettre sur pied. Ce médecin de famille hors pair, décédé le 8 novembre 1998, aux soins palliatifs du Centre Drapeau Deschambault à l'âge de 52 ans, a laissé le souvenir d'une personne profondément humaine pour qui le bien-être de ses patients demeurait une préoccupation constante. Il restera à jamais dans la mémoire des milliers de personnes qui l'ont connu et qui ont bénéficiés de ses bons soins.

LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

Dans son document intitulé "orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie"[1], le MSSS adopte, pour les soins palliatifs, une approche de continuité des services et privilégie de ce fait une canalisation adéquate des ressources dont chacune des régions dispose.

Il est donc souhaité de miser sur les ressources et les expertises déjà en place en offrant un encadrement des pratiques tant médicales qu'organisationnelles propice à l'intégration du programme de soins palliatifs dans le continuum de services offerts à la communauté. Le document souligne également l'importance de mettre au point des cadres de références sur les soins en fin de vie et le contrôle de la douleur.

Il apparaît clair que l'organisation des services de soins palliatifs relève de l'autorité régionale et qu'elle doit tenir compte de la configuration particulière des ressources et des compétences en place sur le territoire. De plus, aucune forme d'organisation n'est privilégiée dans ce document, laissant place à l'innovation et l'initiative locale.

LE CONTEXTE RÉGIONAL

La région des Laurentides, c'est connu, connaît une croissance très rapide de sa population dans toutes les strates d'âges et, de ce fait, tous les services offerts par les établissements du réseau font face à une demande qui s'accroît nettement au-delà de leur capacité. Cette situation occasionne un problème d'accès aux services, d'autant plus que malgré toute la performance qu'on reconnaît à l'établissement de la région, l'iniquité dans le financement des services par rapport aux autres régions du Québec, ne laisse aucune marge de manœuvre. Il manque de places en CHSLD, les CHSGS frôlent la crise presque quotidiennement et sont engorgés et les CLSC n'arrivent pas à offrir tous les services requis en soutien à domicile étouffés qu'ils sont par les demandes de services en virage ambulatoire qui eux, ont un caractère obligatoire et exécutoire.

M. Gilles Madore, président du conseil d'administration de la Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux des Laurentides écrivait dans une lettre adressée au ministre Trudel le18 avril 2001: "Au cours des cinq prochaines années, les personnes âgées de 65 ans et plus de notre territoire connaîtront un taux d'accroissement de 17% (Québec: 12%) et les personnes âgées de 75 ans et plus un taux d'accroissement de 26% (Québec: 18%). Nos services de soutien à domicile sont insuffisants pour faire face à une demande grandissante."

A l'heure actuelle, en moyenne 4 lits d'hébergement temporaires au CHSLD Drapeau Deschambault sont utilisés quotidiennement dans le cadre du programme de soins palliatifs. Les relevés quotidiens d'achalandage au CHSGS St Eustache affichent quant à eux une demande constante pour des soins palliatifs. Il y a fréquemment 3, 4 et même 5 personnes en attente pour de tels soins. Les projection statistiques sur le taux de décès par 100 000 habitants qu'affiche l'Institut de Statistique du Québec nous annoncent une croissance constante des décès pour les prochaines décennies, phénomène évidemment directement relié au vieillissement de la population, qui lui est plus prononcé dans notre région qu'ailleurs[2]

C'est dans ce contexte difficile que la régie prépare actuellement ses orientation triennales (2002-2005) en tenant compte, comme il se doit, des orientation ministérielles, et en y ajoutant toutefois des défis additionnels conditionnés par la situation précaire qui touche tous les acteurs du réseau.

---

[1] Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, MSSS -février 2001

[2] Toutes ces données sont disponibles sur le site Internet de l'Institut de la Statistique du Québec: www.stat.gouv.qc.ca

Pour faire face aux situations d'engorgement dans l'accès aux services des CHSLD et des CHSGS, la régie a identifié l'organisation des soins palliatifs sur son territoire selon une formule différente comme une solution potentielle (présentation au Forum des directeurs généraux, le 21 juin 2001).

Rappelons que dans sa planification stratégique 1999-2002, la Régie priorisait déjà le développement et la consolidation des services en lien avec un plan d'action en cancérologie. Les soins palliatifs faisaient parti des services visés[3]. Malheureusement la conjoncture financière a encore une fois anéanti les espoirs de ceux et celles qui espéraient un réel investissement dans ce domaine.

Par ailleurs, il est important de mentionner les résultats d'une importante étude menée à la grandeur du Québec pour le compte de l'Association québécoise des soins palliatifs et rendue publique en mars 2000[4]. Celle-ci fait état de la pauvreté extrême de la région des Laurentides au chapitre des soins palliatifs. Les auteurs mentionnent: "**...la région des Laurentides devrait être considérée en état d'urgence au chapitre des soins palliatifs...il s'agit de la seule région où nous avons senti le besoin de faire un tel constat.**"[5]

Cette citation démontre bien l'urgence d'agir afin d'offrir à nos concitoyens des Laurentides qui arrivent à la fin de leur vie, des services de qualité; Des services préconisant une approche globale et multidisciplinaire s'adressant autant au malade qu'à sa famille et qui permettent un soulagement adéquat de la douleur, de la souffrance et des autres symptômes.

C'est dans ce contexte que notre projet, lorsque actualisé, permettra de libérer quelque quinze (15) lits pour les soins de longue durée autant que pour les soins de courte durée.

L'ORGANISATION

Afin de profiter pleinement des économies d'échelle réalisables par l'organisation et la gestion conjointe d'une future installation du CHSLD Drapeau Deschambault et de notre projet de maison de soins palliatifs, nous choisissons de joindre celui-ci au plan fonctionnel et technique (PFT) du futur CHSLD qui sera construit à Blainville.

Les 15 lits ainsi dédiés aux soins palliatifs constitueront une unité de soins spécifique intégrée au plan d'organisation du CHSLD Drapeau Deschambault. Cette unité relèvera de la direction des services à la clientèle au même titre que les autres unités de soins situées dans nos trois installations[6]. Cette unité recevra des personnes en provenance des territoires de CLSC Thérèse de Blainville et Jean Olivier Chénier (tout le bassin sud de la région des Laurentides). Le support administratifs ainsi que les services de soutien et les services spécialisés et médicaux seront assurés par ceux déjà présents dans l'établissement.

En comparaison avec les établissements "autonomes" que sont les maisons Victor Gadbois et Michel Sarrazin, les coûts supplémentaires occasionnés par une structure d'organisation de type "publique" incluant l'embauche de personnel syndiqué et toute la lourdeur des processus administratifs et réglementaires, seront largement compensés par les économies d'échelles et les avantages que procure le recours aux achats regroupés. Seulement sur le plan des médicaments, les économies peuvent atteindre 76%du coût observé dans les officines privées.

---

[3] Mission 2002 - Plan opérationnel 1999-2002, Organisation des services, fascicule 4 , page12

[4] État de situation des soins palliatifs au Québec réalisé par: Pierrette Lambert, inf., M.Sc., C.M., et Micheline Lecompte, M.B.A., E.c.c., pour l'association des soins palliatifs -mars 2000

[5] idem, partie2, page 23

[6] Le Centre Drapeau Deschambault de Sainte-Thérèse (223 lits), le siège social
Le Centre Hubert Maisonneuve de Rosemère (154 lits)
Le Centre projeté à Blainville (128 lits en plus des 15 lits de soins palliatifs)

L'atteinte d'un objectif de coûts comparables sera toutefois largement bonifiée par l'octroi, pour ces lits d'un **permis de centre hospitalier de courte durée**. Nous pourrons ainsi mettre à contribution les contrats d'assurance détenus par les usagers pour couvrir une partie des frais d'hôtellerie.

UN LIEU ADAPTÉ

Situé sur le même terrain et relié au bâtiment principal par un corridor de service, la Maison Raymond Blais sera conçue de manière à offrir aux usagers et leurs familles des espaces et une organisation de soins et services qui leur est propre. Une entrée et un service d'accueil séparé du CHSLD leur seront spécialement aménagés de même que des espaces de recueillement et d'échanges en nombre suffisant pour permettre l'intimité familiale si précieuse dans ces circonstances.

Un aménagement extérieur réservé à la Maison Raymond Blais sera également prévu, permettant aux usagers et visiteurs de profiter de la nature dans un environnement paisible, accueillant et fleuri, offrant ainsi une occasion de retrouver un peu de sérénité.

L'aménagement proposé par le comité promoteur de la maison **Raymond Blais** est présenté en annexe.

LA CONTRIBUTION DE LA COMMUNAUTÉ

Le plan fonctionnel et technique type (PFT) du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec définit les espaces normalement requis pour dispenser des services dans les différentes installations de son réseau. Le plan préparé par le CHSLD Drapeau Deschambault pour la **Maison Raymond Blais** s'inspire de ce PFT type et requiert du gouvernement qu'il investisse dans ce projet en fonction des paramètres qu'il recommande. Nous considérons toutefois, à la lumière des expériences vécues, qu'il est nécessaire de prévoir des espaces intérieurs et extérieurs supplémentaires et un aménagement extérieur particulier pour mieux répondre aux besoins.

Afin de bonifier le projet et d'offrir à la communauté un lieu encore mieux adapté aux besoins des personnes en phase terminale et leurs proches, des dons et contributions seront sollicités auprès de plusieurs organismes, fondations, entreprises et clubs de services de la région.

Voici un estimé des aménagements complémentaires requis et les coûts afférents:

• Espaces supplémentaires pour chambres et salles Communautaires	82 500,00$
• Une salle de bain complète avec 2 bains thérapeutiques (incluant chaise et civière-douche), 1 cabinet de douche un levier sur rail	75 000,00$
• Oratoire / chapelle	35 000,00$
• 2 chambres pour les proches	60 000,00$
• 3 petits salons pouvant accueillir une douzaine de personnes chacun (30 m^2), aménagés pour permettre aux familles de se rencontrer dans un environnement convivial et chaleureux	150 000,00$
• Espace supplémentaire au salon communautaire situé près de l'accueil (40 m^2)	50 000,00$
• Cuisine de type familiale	30 000,00$
• Espaces de rencontres avec professionnels	25 000,00$
• Accueil / réception	20 000,00$
• Espaces extérieurs supplémentaires pour jardins et terrasses environ 1 000 m^2	100 000,00$
• Aménagement extérieur: 3 îlots en terrasses avec mobilier	45 000,00$
• Mobilier supplémentaire et décoration des chambres	90 000,00$
TOTAL	**762 500,00 $**

Note: Cet estimé n'est que partiel et sera complété avec plus de précision lors de la confection des plans et devis.

Déjà, la **FONDATION DRAPEAU ET DESCHAMBAULT** s'est dite prête à investir un minimum de 300 000.00 $ dans ce projet. Une autre fondation qui désire garder l'anonymat s'est également montrée intéressée à contribuer pour un montant substantiel et le **CLUB LIONS de Ste-Thérèse** a été approché pour que ce projet soit inscrit dans ses objectifs de campagne de levée de fonds pour les prochaines années. Dès le début de l'année 2002, ce club sera en mesure de confirmer sa participation.

La Fondation Drapeau Deschambault, de concert avec le Club Lions de Ste-Thérèse et d'autres organismes intéressés mettra sur pied très prochainement une campagne de levée de fonds pour supporter ce projet avec un objectif réaliste de recueillir 1 MILLION $ d'ici la concrétisation du projet que nous envisageons pour 2005-2006

APERÇU DU BUDGET ANNUEL DE FONCTIONNEMENT

L'objectif premier de cette présentation du projet de maison pour soins palliatifs étant de permettre sa justification et sa planification sur le plan immobilier pour qu'il soit inséré au plan triennal des immobilisations du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, nous nous permettons de résumer ici la structure des coûts d'exploitation prévus.

Soins infirmiers et d'assistance	884 400,00$
Services spécialisés	118 000,00$
Services de soutien	198 000,00$
Services administratifs	118 800,00$
Autres dépenses (médicaments, fournitures, électricité ect)	330 000,00$
Total :	**1 650 000,00$**

ANNEXE 1

PLAN FONCTIONNEL ET TECHNIQUE
AMÉNAGEMENT PROPOSÉ

AMÉNAGEMENT TYPE À ÊTRE FINANCÉ PAR LE MSSS

L'aménagement type proposé par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec et qui est utilisé dans ce projet prévoit les aménagements suivants pour une unité de soins standard:

> Note: Ces espaces minimalement requis pour organiser une unité de soins palliatifs sont considérés dans ce projet comme devant être financés par le ministère.

Pièces ou locaux	nombre de locaux	superficie nette (m^2)
Chambre à 1 lit (19.5 m^2/ch.)	15	292.5
Fumoir	1	10.0
Salle d,activités	1	20.0
WC adaptée	1	6.0
Bain module longue durée (à hauteur variable)	1	20.0
Réserve, lingerie et utilité propre	1	5.0
Circulation additionnelle (déambulation)	1	5.0
Espace pour chariots	1	4.0
Salle à manger	1	40.0
Vivoir/bibliothèque	1	20.0
Salon	1	20.0
Salle de réunion	1	15.0
Bureau infirmière chef	1	12.0
Bureau polyvalent	1	10.0
WC personnel	1	2.5
WC adaptées	1	6.0
Comptoir de service	1	8.0
Local pharmacie, dossiers et Fournitures médicales	1	25.0
Bonbonnes oxygène et Concentrateurs (3 ou 4)	1	1.0
Buandrette	1	8.0
Utilité propre	1	25.0
Utilité souillé, chute à linge, Déchets, lave-bassine	1	15.0
Réserve équipement	1	25.0
Local entretien ménager	1	4.0
TOTAL SELON LES NORMES		**600.0**

AMÉNAGEMENTS COMPLÉMENTAIRES REQUIS À ÊTRE FINANCÉS PAR LA COMMUNAUTÉ

Note: ces espaces supplémentaires sont jugés essentiels au fonctionnement optimal d'une maison de soins palliatifs et seront financés par une campagne de levée de fonds auprès de la communauté ainsi que par de dons offerts par des entreprises, fondations et clubs de services de la région

Pièces ou locaux	Nombre de locaux	Superficie nette (m^2)	Coût estimé[7]
Espaces supplémentaire pour les chambres (3.5 m^2ch.)	15	52.5	52 500,00
Chambres pour les proches	2	50.0	60 000,00
Salle de bain complète	1	20.0	75 000,00
Cuisine de type familiale	1	20.0	30 000,00
Salle à manger (espace suppl.)	1	20.0	25 000,00
Oratoire et /ou chapelle	1	30.0	35 000,00
Espaces de rencontre avec Professionnels	2	20.0	25 000,00
Salons de rencontre familiales	3	90.0	150 000,00
Salon communautaire (espace supplémentaire)	1	40.0	50 000,00
Bureau d'accueil / réception	1	15.0	20 000,00
Vestiaire pour visiteurs	1	5.0	5 000,00
Espaces extérieurs supplémentaires (jardins et terrasses)	1	1000.0	100 000,00
Aménagement extérieur (3 îlots en terrasse avec mobilier)	3		45 000,00
Mobilier supplémentaire et Décoration des chambres	15		90 000,00
TOTAL			**762 500,00 $**

[7] Ces coûts estimés comprennent les immobilisations et équipements nécessaires.

LA MAISON RAYMOND BLAIS

Budget de fonctionnement prévu

Août 2002

LA MAISON RAYMOND BLAIS

BUDGET DE FONCTIONNEMENT

SOMMAIRE

Soins infirmiers	1 021 390 $
Services spécialisés	180 546 $
Services de soutien	87 615 $
Services administratifs	53 367 $
	1 342 918 $
Autres dépenses	329 770 $
	1 672 688 $

LA MAISON RAYMOND BLAIS

BUDGET DE FONCTIONNEMENT

STRUCTURE DES POSTES

SOINS INFIRMIERS ET D'ASSISTANCE

			$
Jour:	1 infirmière assistante	5 jrs/sem	69 773
		2 jrs/sem	28 840
	3 infirmières (ratio 1/5)	5 jrs/sem	197 847
		2jrs/sem	81 981
soir:	3 infirmières (ratio 1/5)	5 jrs/sem	216 384
		2 jrs/sem	89 901
	1 P.A.B.	5 jrs/sem	40 643
		2 jrs/sem	16 763
nuit:	2 infirmières (ratio 1/7.5)	5 jrs/sem	152 456
		2 jrs/sem	64 412
	1 P.A.B.	5 jrs/sem	43 919
		2 jrs/sem	18 471
			1 021 390

LA MAISON RAYMOND BLAIS

BUDGET DE FONCTIONNEMENT

STRUCTURE DES POSTES

SERVICES SPÉCIALISÉS

		$
1 responsable des bénévoles	5 jrs/sem	44 781
1 psychologue	3 jrs/sem	51 521
1 animateur de pastorale	3 jrs/sem	41 000
1 pharmacien	2 jrs/sem	35 340
1 ass.-technique en pharmacie	1 jrs/sem	7 904
		180 546

SERVICES DE SOUTIEN

		$
1 cuisinière	2.5 jrs/sem	24 625
1 préposé ent. Ménager lourd	7 jrs/sem	54 451
1 préposé buanderie	0.5 jrs/sem	4 129
1 ouvrier de maintenance	0.5 jrs/sem	4 410
		87 615

SERVICES ADMINISTRATIFS

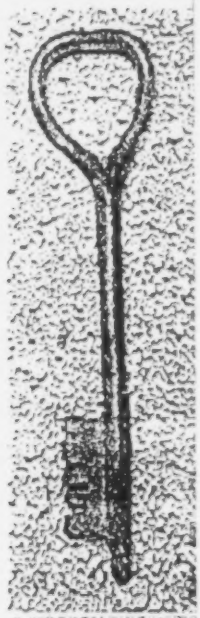
1 secrétaire réceptionniste	7 jrs/ sem	54 123
1 commis sénior	0.5 jrs/sem	4 244
		58 367

ANNEXE IV

PROJET DE MAISON SPÉCIALISÉE EN SOINS PALLIATIFS
PALLIA-VIE, AUTOMNE 2002

Annexe IV

Projet de maison spécialisée en soins palliatifs
Pallia-Vie, automne 2002



1. PALLIA-VIE

MISSION

Pallia-vie est un organisme sans but lucratif depuis 1983, offrant des services GRATUITS d'accompagnement aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches, peu importe la phase de la maladie.

SERVICES

Les services de Pallia-Vie sont offerts dans l'accompagnement, l'écoute et le support des intervenantes et bénévoles auprès des malades et de leurs familles afin de procurer un sentiment de sécurité, de confiance dans le but de briser l'isolement. L'infirmière, dans une approche globale, tient compte de la dignité humaine. Elle préconise la meilleure qualité de vie souhaitable pour le bénéficiaire en prenant le temps nécessaire à créer un climat des plus sereins avec lui et ses proches. C'est dans l'écoute, le respect des choix et des besoins que ces personnes se sentent comprises et acceptées quelles que soient leurs réactions et leur détresse.

Toujours dans le but de répondre aux besoins exprimés, Pallia-Vie offre, en plus de l'accompagnement à domicile et à l'hôpital, des services tels que le centre de jour, le groupe de soutien dans le deuil pour les adultes, le groupe AJAD (Aide aux Jeunes et Adolescents dans le Deuil) ainsi que le groupe de soutien aux aidants naturels.

La qualité et la pertinence du service offert sont vérifiées par le biais d'évaluations faites par des comités internes relevant du Conseil d'administration et auprès des partenaires du réseau, des familles, des suggestions des intervenants, toujours dans le but d'envisager les correctifs nécessaires s'il y a lieu, afin de répondre adéquatement aux attentes de l'Organisme.

De plus, afin de permettre une concertation des soins et services, une infirmière de Pallia-Vie participe aux réunions multidisciplinaires sur l'unité des soins oncologiques et palliatifs, du Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme. Ce processus interpelle l'ensemble des partenaires susceptibles de travailler conjointement avec le bénéficiaire et ses proches.

Vous trouverez en annexe la liste des membres du Conseil d'administration de même qu'un rapport statistique compilant les suivis auprès des bénéficiaires selon les champs d'intervention réalisés au cours des cinq (5) dernières années.

2. *LES BESOINS*

Seulement au cours de la dernière année, notre organisme a offert des services d'accompagnement, d'écoute et de support à plus de 285 patients dont 160 de nouvelles requêtes. Une statistique révélant l'âge des patients indiquent que 8% de la clientèle se situe entre (0 – 44 ans)comparativement à 46% pour chaque groupe (d'âge 45 – 65 ans) et (65 ans et plus). Les requêtes concernent donc une clientèle de plus en plus jeune. Ce sont des personnes souvent très démunies, déstabilisées sans oublier le grand désarroi de la cellule familiale.

En terme de besoins, il n'est plus nécessaire de mettre en évidence que le nombre de cancers ne cesse de croître chaque année. Les statistiques démontrent également que tant chez les hommes que chez les femmes, le taux de mortalité est plus élevé dans la région des Laurentides qu'à l'échelle de la province. Plus précisément, le taux chez les hommes s'élève à 1019,1 par 100,000, dans la région, comparativement à 975,5 par 100,000 pour la province. Pour les femmes, le taux atteint 612,9 par 100,000 dans la région et 567 par 100,000 pour le Québec. (Voir tableau 1)

Si nous examinons la croissance démographique des Laurentides, au cours des dix prochaines années, la population des Laurentides devrait augmenter beaucoup plus rapidement que celle de l'ensemble du Québec. De 2001 à 2011, on prévoit que la population de la région augmentera de 11,2% comparativement à celle du Québec de 3,3%. (Voir tableau 2)

En plus, la croissance démographique selon les mêmes années comparatives (2001 – 2011) ne sera pas équivalente d'un groupe d'âge à l'autre. Selon toute vraisemblance, ce sont les personnes âgées de 55 ans et plus qui verront leurs effectifs croître le plus : 52,1% chez les 55-64 ans, 39,8% chez les 65-74 ans et 49,1% du côté des 75 ans et plus. Le vieillissement de la population, combiné à une augmentation de l'espérance de vie a donc pour conséquence que le profil sociosanitaire se transforme. (cancers, maladies chroniques, évolution des maladies, incapacités) Cette réalité a pour effet d'accroître dans la population des besoins en matière de santé et, par le fait même, d'augmenter la demande de services.

Les demandes de services en virage ambulatoire exigent davantage le maintien à domicile des personnes aux prises avec cette terrible maladie créant ainsi des angoisses et des incapacités qui se traduisent nécessairement par le recours aux ressources familiales et communautaires.

2. *LES BESOINS (suite)*

Compte tenu des engorgements dans l'accès aux services des CHSLD et des CHSGS, il est donc primordial de travailler en complémentarité avec tous les acteurs du réseau de la santé afin de maintenir une qualité toujours améliorée de services. C'est pourquoi, Pallia-Vie étant un organisme communautaire crédible désire contribuer de façon concrète en offrant à la région et à la communauté une maison en soins palliatifs aux personnes atteintes de cancer en phase terminale en leur permettant de « vivre » les derniers moments dans la quiétude et la sérénité et ce, dans un environnement chaleureux, familial et humain entourées de leurs proches, leurs familles et soutenues par une équipe d'intervenants professionnels secondée par des bénévoles qualifiés.

Étant donné la « pauvreté reconnue » de la région des Laurentides en regard des soins palliatifs, un projet comme celui de Pallia-Vie devient prioritaire dans l'organisation régionale des services de santé.

Tableau 1

Taux ajusté de mortalité selon le sexe, pour les causes ou familles de causes de décès contribuant à la surmortalité régionale. Région des Laurentides et le Québec (1993 à 1997) ②

Cause de décès	Hommes		Femmes	
	Région	Le Québec	Région	Le Québec
Toutes causes confondues	1 019,4	975,5	612,9	567,0
Tumeurs malignes (cancers)	313,6	290,2	182,7	170,5

Tableau 2

Évolution de la taille de la population et taux d'accroissement selon le territoire de CLSC. Région des Laurentides et le Québec (2001 à 2011) ①

Région	Taille de la population		Taux d'accroissement
	2001	2011	2001-2011 (en %)
Région des Laurentides	474 890	527 969	11,2
Le Québec	7 399 931	7 645 139	3,3

① *Source : Institut de la statistique du Québec. Perspectives démographiques des territoires de CLSC du Québec. 1996 à 2021.*

② *Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Surveillance de la mortalité au Québec : 1976-1997. Collection analyses et surveillance, numéro 13. MSSS. Direction générale de la santé publique, décembre 1999.*

3. *LE PROJET*

Quelques membres du Conseil d'administration ont visité quatre maisons de ce genre déjà implantées en Montérégie (Maison Victor Gadbois) en Outaouais (Maison Mathieu Froment), à Sherbrooke (Aube Lumière) et à Kirkland (Maison de l'Ouest de l'île) laquelle verra le jour officiellement le 15 octobre prochain. Notre projet a été élaboré à partir de l'expérience et de l'expertise obtenus auprès des personnes rencontrées lors de nos visites dans leur établissement.

La maison au site enchanteur comportera une première phase de 6 unités en soins palliatifs avec possibilité d'expansion dans un avenir rapproché.

La maison aura pour mission :

- Accueillir GRATUITEMENT toute personne atteinte de cancer en fin de vie connaissant la nature de sa maladie.

- Viser à favoriser une meilleure qualité de vie pour le malade et ses proches pour un contrôle adéquat des différents symptômes reliés au cancer, le soulagement de la douleur et l'accompagnement par des professionnels de la santé secondés par des bénévoles formés.

- Suivre l'évolution naturelle et normale de la maladie sans acharnement thérapeutique en respectant le droit du malade, l'intimité et la confidentialité.

- Tenir compte des croyances religieuses et des valeurs personnelles, spirituelles et sociales du malade et de sa famille.

- Intégrer la famille et les proches qui le désirent au processus de soins tout en leur offrant le soutien approprié pendant la maladie et suite au décès.

- Recréer, autant que possible, un environnement chaleureux et une atmosphère familiale.

Puisque la durée moyenne du séjour d'un patient représentera environ 20 jours, nous serons en mesure d'accueillir près de 100 personnes chaque année. L'atteinte de notre mission combinée à une saine gestion de notre maison reposera essentiellement sur deux aspects fondamentaux du projet : la qualité de l'équipe des soins et l'apport inestimable de nombreux bénévoles. Voilà le défi exigeant et hautement humanitaire que Pallia-Vie s'active à relever.

4. *LES INVESTISSEMENTS*

Notre projet consiste en la construction d'une maison de 6 unités offrant différents services.

La décision de construire est appuyée sur le fait que ce type de maison doit répondre à plusieurs exigences de façon à desservir cette clientèle particulière. Avec l'engagement de tous les partenaires, la réalisation de ce projet pourrait voir le jour à l'automne 2003. Vous trouverez en annexe , des esquisses préliminaires.

Financement

Coûts		Campagne de financement	
Terrain	150,000 $	Engagements confirmés	350,000 $
Bâtisse	800,000 $	Engagements à combler	1,150,000 $
Mobilier	200,000 $		
Fonds de démarrage	350,000 $		
	1,500,000 $		1,500,000 $

Le financement du projet repose sur une campagne de levée de fonds de 1,500,000$ comprenant les coûts de construction et un fonds de démarrage. Actuellement, la campagne va bon train. Forts de leur expérience en matière de financement et assurés de l'appui et de la participation des gens de la région à cette cause qui leur est chère, les administrateurs de Pallia-Vie ont déjà commencé à déployer tous les efforts nécessaires leur permettant de recueillir la somme de plus de 350,000$ témoignant ainsi de la générosité de la population et des corporations.

5. *FRAIS DE FONCTIONNEMENT*

À partir de tous les renseignements obtenus auprès des maisons déjà en opération, leur première préoccupation est de maintenir la gratuité et la qualité des services. Pour ce faire, les frais de fonctionnement se chiffrent à 100,000 $ par unité de soins. Le budget d'opération requiert donc une somme de 600,000$ annuellement. Les sources de revenus proviennent notamment de dons monétaires sous forme In Mémoriam ou autres et des activités de financement. De plus, toutes les maisons visitées reçoivent annuellement une contribution financière de la RRSSS visant à combler les dépenses d'opération.

Principalement, l'équipe de soins de même que tous les autres services occupent la majorité des dépenses et en voici un bref résumé.

Une équipe de 4 à 5 médecins assurera le service 24 heures auprès des patients. Ces salaires sont assumés par le Régime d'Assurance Maladie du Québec.

Dans le but de maintenir le service 24 heures sur 24 et ce 7 jours par semaine, un quart de travail sera formé d'une infirmière licenciée, appuyée par 2 bénévoles pour le quart de jour et de soirée, d'une infirmière licenciée, et d'un préposé aux soins durant le quart de nuit. Nous utiliserons une musicothérapeute à temps partiel. Une coordonnatrice des soins et de la formation assurera l'encadrement du personnel et des bénévoles. Le budget des heures rémunérées représentent 17,000 heures comparativement à 10,200 heures de bénévolat. Nous estimons la masse salariale de l'équipe des soins à près de 300,000$. Le taux horaire moyen rémunéré étant moindre que le taux horaire des établissements de santé, d'où une contribution additionnelle sous forme de bénévolat faite par l'équipe des soins. (Voir annexe)

Le service des repas sera assuré par un cuisinier et un aide cuisinier pour compléter les 7 jours tandis que le service des repas aux bénéficiaires sera assuré par des bénévoles ou si le résident le désire, il pourra manger directement à la cafétéria avec la famille. Les salaires varieront respectivement entre 36,000$ et 30,000$ par année.

La supervision de l'administration relèvera du Conseil d'administration et la gestion de l'établissement sera sous l'autorité d'un directeur (e), assisté d'une adjointe technicienne administrative dont les salaires toucheront 52,000$ et 32,000$. Un bénévole sera à la réception et un autre à l'entretien. Les autres tâches ménagères pourront être faites bénévolement ou rémunérées dans le cadre de programme de réinsertion sociale.

6. *BÉNÉVOLAT*

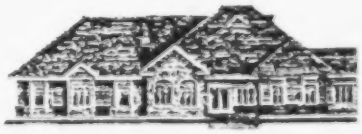
La réalisation de ce projet n'est pas envisageable sans l'intervention soutenue d'une soixantaine de bénévoles qui occuperont différentes tâches tant auprès des bénéficiaires que pour le fonctionnement de la Maison en soins palliatifs.

Les bénévoles seront sous la supervision d'une coordonnatrice qui, dans un premier temps assurera la formation nécessaire auprès d'eux. Le bénévole devra faire preuve de son intérêt envers les soins palliatifs et suivra une formation appropriée (selon la tâche) offerte par la Maison.

Le bénévole devra être disponible quatre heures par semaine pour une période d'au moins 6 mois. Par contre, lors d'une visite à la Maison Victor Gadbois, nous avons remarqué l'ancienneté des bénévoles. Il n'est pas rare de retrouver des bénévoles qui ont dix ans (10) d'ancienneté. Les bénévoles travaillent une journée de 8 heures par semaine. Cela démontre grandement l'intérêt à la cause. Ils sont assidus et dévoués, et au fil des ans, un grand sentiment d'appartenance s'est développé.

Voici les différents services pouvant être offerts par un bénévole à la Maison en soins palliatifs, en respectant les goûts et les aptitudes de chacun :

- Travail de préposé(e) aux malades (Infirmière licenciée à la retraite)
- Accompagnement auprès des patients
- Accompagnement auprès de la famille
- Entretien ménager
- Préparation des repas
- Transport
  - Bénévoles
  - Commissionnaire
- Service de buanderie
  - Literie, vêtements
- Secrétariat, réceptionniste
- Maintenance
  - Électricité
  - Plomberie
  - Entretien du terrain
  - Peinture, etc…
- Loisirs
  - Musique, lecture
- Pastorale, prière



6. *BÉNÉVOLAT (suite)*

Les qualités d'un bénévole sont la disponibilité, la confidentialité, la ponctualité, l'écoute, le grand respect du bénéficiaire, le sens des responsabilités et la capacité de travailler en équipe.

Toujours en rapport avec les informations recueillies auprès des maisons visitées, voici une statistique qui parle par elle-même : dans une maison de ce genre, 45% des heures travaillées sont faites bénévolement, d'où la grande importance de l'implication des bénévoles dans les différents services offerts en plus de l'économie substantielle des coûts d'opération qu'elle procure.

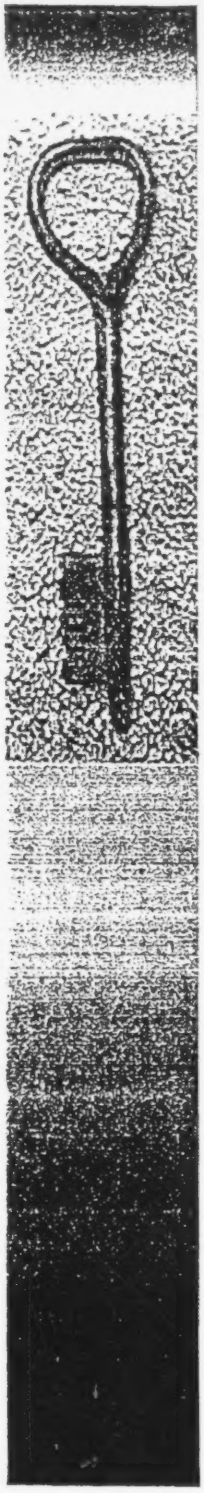
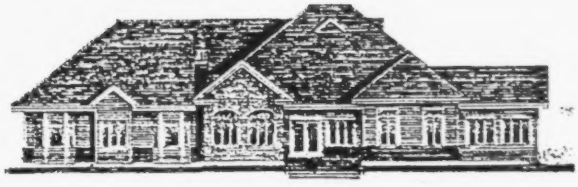
7. *CONCLUSION*

Pallia-vie a été créé en 1983 par des personnes déjà sensibilisées à la problématique des soins palliatifs. Son action a toujours été soutenue par l'engagement d'hommes et de femmes qui défendaient la raison d'être de l'organisme.

Récemment, Pallia-vie perdait deux hommes extraordinaires soient, Messieurs Paul Prévost et Fernand Casavant qui croyaient en la nécessité d'une maison en soins palliatifs.

Nous souhaitons ardemment que l'action entreprise en vue de la réussite de notre projet saura rejoindre un intérêt commun pour le bien-être de la population. Ce projet rassembleur est économiquement rentable et propose un partenariat important, voire essentiel de tous les intervenants du milieu. Etant un organisme ayant développé au fil des ans une crédibilité auprès de la population, les membres du Conseil d'administration de Pallia-Vie demeurent à votre entière disposition pour répondre aux questions que pourraient soulever le présent document.

ANNEXES



Description détaillée des travaux	Onglet 1
Plans de la Maison Pallia-Vie	Onglet 2
Liste des membres du Conseil d'administration	Onglet 3
Rapport statistique au 30 juin 2001	Onglet 4
Budget des salaires pour l'équipe de soins	Onglet 5
Rapport financier annuel	Onglet 6
Lettres patentes, Règlements généraux de la Corporation	Onglet 7
Lettres d'appui	Onglet 8